

ANA CAROLINA FERREIRA
GLACI VIEIRA CASCAES FREDERICO

**ENTRAVES DO FLUXO DE INFORMAÇÕES E SEUS IMPACTOS
PARA A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM UNIDADE LOCAL
DE SAÚDE**

FLORIANÓPOLIS

2007

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

ANA CAROLINA FERREIRA

GLACI VIEIRA CASCAES FREDERICO

**ENTRAVES DO FLUXO DE INFORMAÇÕES E SEUS IMPACTOS
PARA A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM UNIDADE LOCAL DE
SAÚDE**

2007

ANA CAROLINA FERREIRA
GLACI VIEIRA CASCAES FREDERICO

**ENTRAVES DO FLUXO DE INFORMAÇÕES E SEUS IMPACTOS
PARA A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM UNIDADE LOCAL DE
SAÚDE**

Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, apresentado como requisito parcial da disciplina: Estágio Supervisionado II da 8ª unidade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

Orientadora: Prof. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

2007

Ana Carolina Ferreira
Glaci Vieira Cascaes Frederico

**ENTRAVES DO FLUXO DE INFORMAÇÕES E SEUS IMPACTOS PARA A
ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM UNIDADE LOCAL DE SAÚDE**

Este trabalho de conclusão de curso foi submetido ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de **Enfermeiro(a)**. E aprovada na sua versão final em 29 de Dezembro de 2007, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina e do Curso de Graduação em Enfermagem



Edilza Maria Ribeiro
Coordenadora da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem

BANCA EXAMINADORA:



Flávia Regina Souza Ramos
Orientadora



Maria do Horto Fontoura Cartana
Professora convidada



Enfª Gabrielle Lessa Barbosa
Supervisora

PARECER da Orientadora

O Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado, “Entraves do fluxo de informações e seus impactos para a organização do trabalho em unidade local de saúde”, das alunas **Ana Carolina Ferreira** e **Glaci Vieira Cascaes Frederico**, demonstra sua excelente qualidade como empreendimento acadêmico-científico, destacando-se por seu texto bem elaborado e apresentação cuidadosa; por um objeto de pesquisa bem delimitado; procedimentos metodológicos operacionais adequados e bem relatados e, finalmente, uma análise interessante e motivada pelo diálogo entre pesquisadoras, diferentes autores e dados empíricos. Cumpre destacar a contribuição do estudo, tanto por sua temática afinada a problemas concretos dos serviços de atenção básica à saúde, como por trazer resultados reveladores de dimensões subjetivas e objetivas da organização do trabalho em saúde neste cenário assistencial. A rigorosa conduta das autoras foi evidenciada em todas as etapas do estudo e culminou com um trabalho acadêmico que cumpre todos os requisitos para a conclusão do curso de Enfermagem e demonstra a oportuna intenção do curso em privilegiar as competências de investigação no profissional enfermeiro, aliadas ao compromisso com a promoção da saúde e com a qualidade do cuidado à saúde.



Profª Drª Flávia Regina Souza Ramos

Florianópolis, 30 de novembro de 2007

SUMÁRIO

Lista de Figuras	I
1. INTRODUÇÃO	06
2. OBJETIVOS.	09
2.1 Objetivo Geral	09
2.2 Objetivos Específicos	09
3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	10
4. METODOLOGIA.....	28
4.1 Instrumentos e técnicas de coleta de dados	29
4.2 Análise dos dados	33
4.3 Considerações Éticas	35
5. ENTRAVES NO FLUXO DE INFORMAÇÕES E SEUS IMPACTOS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM UNIDADE LOCAL DE SAÚDE – Análise do caso estudado	36
5.1 Dificuldades no fluxo de informação - quanto ao agente	37
5.2 Entraves no fluxo de informação - quanto ao tipo.....	45
5.3 Interferências e conseqüências produzidas entraves e dificuldades do fluxo de informação	53
5.4 Fatores intervenientes que participam da produção destes entraves no serviço.....	59
5. 4.1 Organização do trabalho/ gerenciamento	59
5. 4.2 Características relacionadas ao desempenho profissional.....	63
5.5 A necessidade de haver mudanças/ propostas e soluções	72
5.6 Uma questão: a quem compete as mudanças.....	80
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	84
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
8 APÊNDICES	90

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Práticas de comunicação em saúde	14
Figura 2 - Modelo comunicacional “unilinear”	14
Figura 3 - Modelo comunicacional “dialógico”	15
Figura 4 - Modelo comunicacional “estrutural”	15
Figura 5 - Modelo comunicacional “diagramático”	16
Figura 6 - Categorias principais	36
Figura 7 - Comparação de dois Modelos Comunicacionais	43
Figura 8 - A Gestão de Recursos humanos como Mediadora entre o Sistema de RH e os Componentes da Esfera da Missão	62

1. INTRODUÇÃO

A rede de comunicações nos serviços de saúde é o grande pilar para que toda gama de serviços por ela oferecidos se tornem de fato disponíveis à população de forma eficaz e com maior resolubilidade.

O fluxo de informações inicia-se na esfera Federal, com o Ministério da Saúde, abrange a esfera Estadual, com a Secretaria do Estado da Saúde (neste trabalho representado pela Secretaria do Estado de Saúde de Santa Catarina), e a esfera municipal, desde a 18ª Secretaria de Estado do Desenvolvimento Regional e Municipal, a Secretaria Municipal de Saúde representada neste trabalho pela de Florianópolis, a Regional de Saúde e, por fim, a Unidade Local de Saúde. Nesta Unidade será realizado este estudo, que terá por objetivo analisar como as informações que chegam à Unidade são recebidas e transmitidas pelos trabalhadores, para que promovam os resultados esperados na qualidade dos serviços ofertados à população.

Os ruídos existentes neste fluxo podem ser apontados como grande causador de descontentamento com o serviço, levando o usuário a verdadeiras peregrinações de uma unidade de saúde a outra, sem muitas vezes obter informações coerentes sobre o que necessita. Ao longo da formação acadêmica foi observado que as práticas assistenciais, através de relatos tanto de funcionários quanto de usuários, é uma realidade que atinge diferentes pontos do sistema de diversas formas.

Teixeira (2005, p. 592-593), afirma que “ter saúde implica (entre outros aspectos) em viver com direitos e deveres garantidos para todos e com a possibilidade de gerar novos direitos e novos deveres, a partir da participação coletiva”, e que “esta compreensão nos remete para uma perspectiva de *fazer saúde* para além das necessidades físico-biológicas, exigindo intervenções interdisciplinares e intersetoriais, sobretudo na Atenção Primária à Saúde”. O autor sinaliza ainda a importância das *tecnologias de conversas* para facilitar a relação dos profissionais com o usuário, assim como para satisfazer suas necessidades.

O presente estudo busca trazer à discussão os entraves existentes no fluxo de informações dos serviços de saúde na atenção básica, que é um dos problemas enfrentados no cotidiano dos serviços de saúde, assim como pretende contribuir com questões relevantes sobre a inter-relação e intercomunicação nas interações diretas entre os diversos profissionais e destes com o usuário dos serviços.

Um dos princípios organizativos do Sistema Único de Saúde, presente no Art. 7º da Lei Orgânica da Saúde nº 8.080/90, é a *divulgação de informações sobre o potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário*, para que estes saibam a quem recorrer em caso de necessidade e como utilizar os serviços de saúde postos à disposição da população. Os princípios, juntamente com as diretrizes, estruturam e organizam as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados, que integram o SUS. (VERDI e COELHO, 2005, p. 62)

A informação e comunicação em saúde são questões relevantes, tendo sido um dos dez eixos temáticos da XII Conferência Nacional de Saúde em 2003, com o tema “Saúde: um direito de todos e dever do estado – a saúde que temos e o SUS que queremos”, onde a falta de uma difusão de informações na gestão pública entrou em pauta nos debates.

Verdi e Coelho (2005) mencionam Brasil (2004) para sinalizar que entre os desafios da estruturação do novo modelo de atenção à saúde estão a melhoria da qualidade da atenção, aumento da resolutividade da rede das Unidades Básicas de Saúde e de seu papel de porta de entrada do SUS e a garantia de acesso aos serviços de médio e alto custo/complexidade.

Acredita-se que para esta melhoria na qualidade dos serviços de saúde é importante, entre outros aspectos, a habilidade de comunicação, para assegurar a efetividade, eficácia e equidade dos serviços. Habilidade esta que também foi identificada como valiosa para os serviços de saúde, entre outras dimensões, nos estudos de Uchimura e Bosi (2002), em sua análise dos diversos autores que abordam o tema “a qualidade desejável nos serviços de saúde”, entre os quais Acurcio et al. (1991), Vuori (1991), Lee Jones (1991), Gattinara et al. (1995).

Teixeira (1997) define comunicação como fenômenos de emissão, transmissão e recepção de mensagens, sem desconsiderar que sua definição possa variar amplamente, dependendo se analisada de forma mais abrangente ou mais especializada. Contudo, devido ao seu caráter abstrato, a comunicação depende das relações concretas de objetos e práticas incorporados ao espaço relacional do evento, denominando de *dupla natureza da comunicação* essa integração dos usos e meios comunicacionais.

O autor afirma ainda que os dois componentes básicos da comunicação, os meios e usos, podem ser considerados, respectivamente, *uma imensa rede flutuante e complicada de usos* e *uma operação elementar de conexão*. “Os serviços de saúde se *abrem* para a população usuária. Os meios para se tornar possível sua prática são também possíveis *aberturas* de diálogo, além de meios para se atingir objetivos bem definidos e fechados.” (Teixeira, 1997, p.30)

Perante o que acima foi exposto optou-se pela realização de uma pesquisa de caráter exploratório descritivo, utilizando uma abordagem qualitativa, através da formação de grupos focais, entrevistas individuais e observação dos cenários reais onde se desenvolve a atenção básica. A escolha da abordagem qualitativa deu-se por apresentar a característica de primar pela qualidade e profundidade das informações, através da análise crítica dos dados coletados.

Segundo Polit et al. (2004), na pesquisa qualitativa o detalhamento do delineamento do estudo e as decisões operacionais do mesmo evoluem durante o curso da pesquisa. Apesar desta flexibilidade, não se prescinde de um planejamento e adequado preparo do pesquisador. No caso deste projeto buscou-se que a análise e interpretação qualitativa dos dados (pontos críticos levantados e intervenções sugeridas no processo de compartilhamento das informações) possibilitando que o conhecimento adquirido promova reflexão, transformação e, conseqüentemente, melhoraria do processo de transmissão de informações na realidade estudada.

A importância desse estudo está baseada no direito do usuário à informação, assegurado pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. A diretriz é grande motivação para a realização deste trabalho, refere-se ao que aponta Verdi et al. (2005), considerando que o usuário deva saber onde buscar auxílio em caso de necessidades e também como fazer uso dos serviços de saúde. Além disso, espera-se obter reconhecimento da importância do projeto pelos profissionais e estreitar relações entre/com os mesmos, através da troca de conhecimento e de experiências. Enfim, espera-se contribuir possibilitando aos trabalhadores um novo olhar sobre as problemáticas existentes na rede de informação, um repensar sobre o serviço de saúde a partir da nova concepção, definida por seus próprios referenciais e experiências.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar as dificuldades e entraves existentes no fluxo de informações entre Secretaria Municipal de Saúde e Unidade Local de Saúde (ULS), bem como os impactos destes para a organização do trabalho nestas unidades.

2.2 Objetivos Específicos

Descrever o processo de comunicação (fluxo de informação) na rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde, a partir do contexto de uma ULS.

Identificar estratégias que possibilitem maior eficácia no fluxo de informações na rede Básica de saúde.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A informação na Unidade Local de Saúde é fundamental para articular as ações propostas pelo serviço, dar maior objetividade à assistência e eficácia operacional às atividades por ela desenvolvidas, fazendo da rede de conversas um importante dispositivo para transformação em toda a rede assistencial (processo de trabalho e produção do cuidado em saúde). Como Franco e Merhy observam:

...aparecem fundamentais as redes de conversas que se estabelece em cada serviço deste, que vão compor a “linha do cuidado”. Esta deve ocorrer entre os trabalhadores, como parte integrante de uma rede de petição, onde há mútua implicação com o processo produtivo que é por natureza formada a partir de saberes e fazeres, que vão se expressar em atos como o do acolhimento em cada serviço deste, a vinculação do cliente e responsabilidade com seu cuidado e, sobretudo, para um trânsito seguro na linha do cuidado, é necessária uma gestão eficaz por parte da equipe de saúde, à qual o usuário está vinculado... (FRANCO e MERHY, 2003, p. 322)

Moraes (1998), em seu estudo sobre Informações em Saúde, sinaliza o quanto a informação é cada vez mais valorizada. Isto é resultante da ampliação da gestão dos saberes na sociedade contemporânea, onde a informação sofreu processo de transformação para, entre outros aspectos, colocar-se como categoria sociológica, objeto de estudo, problema de investigação e estratégia de disputa de poder nas relações. Entre esses muitos aspectos, destaca-se no estudo referido a informação como representação de algo ou significado novo para algo, mediante uma seleção entre os saberes, conduzida pelo interesse existente nas relações de poder, assim como na produção de saberes.

A informação em saúde, dependendo de como é olhada, mostra-se com várias atribuições. No olhar técnico, a informação apresenta-se numa perspectiva controladora, de acompanhamento. No olhar político, assume uma perspectiva dialética, um fator de mudança. Já no olhar social, a informação toma a forma de possibilidades, em que as informações se transformam em conhecimentos e o conhecimento em um instrumento para fortalecer a cidadania. (Moraes, 2006 apud PETERLINI e ZAGONEL, p. 04)

De fato o termo *informação* nos remete a uma multiplicidade de conceitos e definições, dependendo do interesse que lhe é atribuído. A própria palavra “informação” traz consigo “a idéia de ordenação, de um *processo que organiza a ação*; formatação de organização para dar a conhecer, tornar público; alcançando assim significado. Guarda a idéia de uma *probabilidade de sentido*, de algo potencialmente existente, mas que apenas se faz ao encontrar seu interlocutor.” (MORAES, 1998, p. 63-64) Ao afirmar que a informação ganha sentido somente ao “encontrar seu interlocutor”, a autora destaca o quanto a informação depende das relações (inter-relações e interlocuções).

Emerson Elias Merhy ao abordar as relações existentes nos serviços de saúde em seu estudo sobre o agir em saúde, diz que:

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas pessoas, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes como os seguintes: momentos de falas, escutas e interpretações, no qual há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação. (MERHY, 1999a, p. 307-308)

Para Merhy, a informação é um direito imprescindível para conferir maior autonomia aos usuários de saúde, estando inclusa na terceira das três qualidades que devem conformar o sistema de saúde: “maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema, e desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo”. (MERHY, 1999b, p. 06)

Deste modo, Peterlini e Zagonel reconhecem que “a informação constitui suporte básico para toda atividade humana, posto que o cotidiano é um processo permanente de recebimento e transmissão de informações”. (PETERLINI e ZAGONEL, 2006, p. 03) Em seu estudo sobre o sistema de informações afirmam que:

Na perspectiva da Teoria dos Sistemas, o sistema de informação implica interação entre todos os componentes da realidade, que deverão ser obrigatoriamente captados por ele. Assim, busca-se, com o sistema de

informação, recompor um todo, o que somente será possível mediante o conhecimento e a comunicação entre as partes e demais sistemas interdependentes. Entendem-se como sistemas interdependentes as informações dos demais programas de saúde que necessitam ser conhecidas e articuladas para a compreensão do sistema de informação em saúde como um todo. Desse modo, o sistema de informação pode ser definido como um conjunto de procedimentos organizados que, quando executados, fornecem informações de suporte à organização. (PETERLINI e ZAGONEL, 2006, p. 03)

Esta importância atribuída a transmissão de informações para a direcionalidade e resolubilidade do próprio processo de trabalho, também é descrita pelas autoras:

Para que uma informação seja eficaz, é importante uma coleta contínua, regular e confiável. Sobretudo, ela deve estar oportunamente disponível, ou seja, ser facilmente acessível ou recuperável, para possibilitar uma resposta adequada, em tempo ideal, que permita subsidiar uma tomada de decisão. A questão da acessibilidade merece algumas reflexões, pois a disponibilidade da informação não significa que ela foi entendida. Há de se considerar que ela precisa ser compreendida por todos e não somente pela parcela que consegue decodificá-la e, por consequência, significá-la. (PETERLINI e ZAGONEL, 2006, p. 04)

Dentro desta compreensão, a comunicação entre os profissionais que atuam em todos os âmbitos dos serviços de saúde é responsável pelo correto funcionamento do sistema ou pelas maiores dificuldades encontradas nele. O conceito da palavra comunicação vem do latim *communis* que significa comum e posteriormente evolui pra *communicare* que significa tornar comum, fazer saber. (Cunha, 1996 apud BORENSTEIN e PADILHA, 2002)

Comunicação também pode ser descrita como ato ou efeito de emitir, transmitir ou receber mensagens por meio de métodos ou processos convencionados, quer através da linguagem falada ou escrita, quer de outros *sinais*, *signos* ou *símbolos*, quer aparelhos técnico especializado, sonoro ou visual. (FERREIRA, 1986)

Compondo o processo de comunicação temos os *signos* que são caracterizados por estímulos que transmitem uma mensagem e são representados pelos *símbolos* que demonstram uma única dedicação, como o estetoscópio, por exemplo, já os *sinais* que podem ter várias interpretações, como o choro. Para que o processo de comunicação ocorra, são necessários três componentes: o *emissor* responsável por enviar a mensagem, o *receptor* que

irá receber ou decifrar a mensagem e a mensagem representada pela idéia que se quer transmitir. Além disso, temos o veículo ou meio, que podem ser: palavras, gestos, expressões faciais, objetos, dentre outros; o contexto que é representado pelo local que ocorre a comunicação, como por exemplo, a Unidade Local de Saúde e a comunidade. (BORENSTEIN e PADILHA, 2002)

Ainda segundo estas autoras existem três tipos de comunicação: a *verbal*, na qual as palavras são expressas através da fala ou texto escrito; a *não verbal*, que ocorre por meio de gestos, expressões faciais e postura corporal; e a terceira chamada de *para-verbal* ou *para-lingüística* que seria o complemento da comunicação, como o tom de voz, o ritmo dos suspiros os períodos de silêncio e a entonação que damos as palavras quando falamos. Diante disso consideram que um bom processo de comunicação, com o emissor representado pela figura do enfermeiro, deve levar em conta o exercício da empatia e da capacidade de se colocar no lugar do outro, organizar idéias de forma clara e flexível, observar nuances entre a comunicação verbal, não verbal e para-verbal do cliente, familiar e colaboradores do serviço, avaliando como está sendo recebida a mensagem, afim de que a comunicação se torne de fato efetiva.

De forma semelhante às autoras supracitadas, Souza e Padilha consideram que “a comunicação caracteriza-se pela presença dos atos expressivos das pessoas que se manifestam através da comunicação verbal e não verbal”. E o processo comunicacional se estabelece *por meios de sinais, signos e silêncio*, sendo que o “encontro é o momento no qual os seres humanos se reúnem” através do diálogo. As autoras resgatam igualmente que a comunicação *envolve uma relação dialógica*, onde “as mensagens, enviadas, compreendidas, compartilhadas tendem a influenciar o comportamento das pessoas...” (SOUZA e PADILHA, 2002, p. 19-20)

Teixeira (1997), em seu estudo sobre modelos comunicacionais e práticas em saúde, afirma que esses processos “participam plenamente de todos os vetores políticos, éticos, e estéticos que conformam a sociedade” e aborda quatro tipos de comunicação existentes - o modelo *unilinear*, o *dialógico*, o *estrutural* e o *diagramático*.

Segundo o quadro sistemático de ROCHA PITTA (1994, p. 49-50), Teixeira apresenta uma versão simplificada das “práticas de comunicação em saúde” da época:

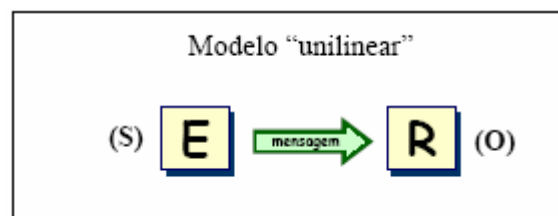
Figura 1 - Práticas de comunicação em saúde

NÚCLEO TÉCNICO FUNDAMENTAL DAS PRÁTICAS DE COMUNICAÇÃO EM SAÚDE	
pressuposto de uma falta ou atraso a ser superado	
superação do atraso através de conhecimentos técnicos e científicos	
campo <i>emissor</i> de mensagens elabora discursos com elementos comuns, em sintonia com o campo <i>receptor</i>	
mensagens se oferecem como um “poder organizador” do conhecimento de um <i>outro</i>	
uso dos meios como possibilidade de “extensão de saberes” e “mobilização das pessoas”, buscando a adesão da população às políticas, programas e conhecimentos previamente definidos	

Fonte: Teixeira, R.R. **Modelos comunicacionais e práticas de saúde**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 1, n. 1, 1997, p. 17-18.

Dentre os modelos comunicacionais, o *unilinear*, que também é chamado de modelo *emissor-receptor* “o *emissor* aplica determinados *estímulos* e obtêm determinadas *respostas* em massas”. O que é visualizado na representação gráfica a seguir:

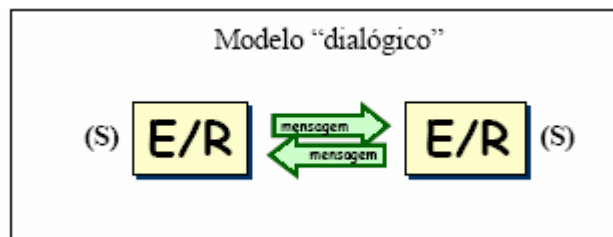
Figura 2 - Modelo comunicacional “unilinear”



Fonte: Teixeira, R.R. **Modelos comunicacionais e práticas de saúde**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 1, n. 1, 1997, p. 13.

O autor resgata que a “ação cultural dialógica” é destacada pelo educador Paulo Freire, como uma *alternativa* ao modelo *unilinear* o qual o denomina de “modelo de extensão de saberes”. (TEIXEIRA, 1997, p. 21) No modelo *dialógico*, a idéia central é da efetivação de um “diálogo conflitivo” e interpessoal, onde a mensagem é trocada entre *emissor* e o *receptor*, - conforme é demonstrado na figura que se segue - mas sendo raramente colocado em prática segundo o autor.

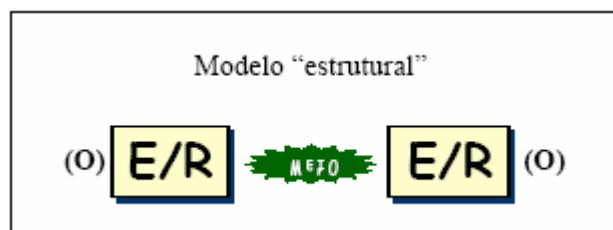
Figura 3 - Modelo comunicacional “dialógico”



Fonte: Teixeira, R.R. **Modelos comunicacionais e práticas de saúde**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 1, n. 1, 1997, p. 22.

Em relação ao modelo *estrutural*, terceiro modelo que dá amplo sentido e diversas abordagens, “o que fundamentalmente é posto em cheque é o caráter da participação do sujeito nos processos de produção de sentido, nas trocas comunicacionais...”, onde os “emissores e receptores são vistos - pelo menos por referência ao processo de produção de sentidos-principalmente como *objetos* de uma rede de relações e trocas estruturada”. (TEIXEIRA, 1997, p. 24-25) Sendo exposto a seguir graficamente:

Figura 4 – Modelo comunicacional “estrutural”

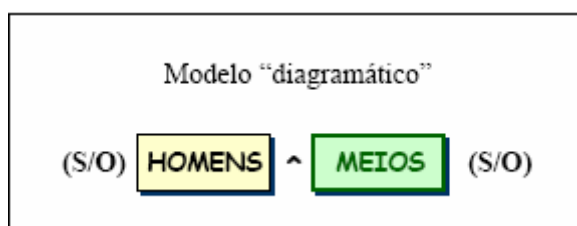


Fonte: Teixeira, R.R. **Modelos comunicacionais e práticas de saúde**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 1, n. 1, 1997, p. 25.

No esquema do quarto e último modelo analisado, Teixeira diz que a importância desse modelo *diagramático* está na “potência de pensar” as dimensões comunicacionais de suas práticas, além de ser, uma proposta de *comunicação coletiva*.

Uma outra característica fundamental do modelo “diagramático” é que as chamadas “dimensões comunicacionais” não se restringem apenas a uma esfera de questões “representacionais”. A rede partilhada não apenas é constituída de imagens, mas corresponde ao conjunto de objetos e práticas que tomamos de “empréstimo” para nos comunicar. Ainda mais radicalmente, essa grande rede partilhada, essa malha interativa, é o mundo, um mundo composto de homens e coisas. Trata-se do coletivo misto, impuro, sujeito-objeto que forma o meio e a condição de possibilidade de toda comunicação e todo o pensamento. A representação gráfica deste modelo poderia ser: (TEIXEIRA, 1997, p. 34)

Figura 5 – Modelo comunicacional “diagramático”



Fonte: Teixeira, R.R. **Modelos comunicacionais e práticas de saúde**. Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v. 1, n. 1, 1997, p. 34.

De acordo com os aspectos abordados, verifica-se que a comunicação depende de fatores como os próprios *meios* e *usos* instituídos no campo da saúde, para que se estabeleça de forma efetiva,

Merhy (1997) classifica os instrumentos dos serviços em saúde em *tecnologia dura*, como a própria “conduta normativa”, em *tecnologia leve*, como a própria relação/vínculo e em *tecnologia leve-dura*, como os próprios trabalhadores em saúde. Porém, enfatiza que o processo como um todo “opera” com uma ambigüidade:

...de um lado, como um certo modo de governar, de gerir processos, construindo seus objetos, recursos e intenções; de outro lado, como uma certa maneira de agir para a produção de bens/produtos; sendo uma das

dimensões tecnológicas capturantes que dá a “cara” de um certo modelo de atenção.” (MERHY, 1997, p. 121)

Para Merhy, uma das problemáticas vigentes, para todos aqueles que defendem um sistema de saúde “universal, igualitário, de qualidade e implicado na construção da cidadania”, é a maneira pela qual “estruturam-se e gerenciam-se os processos de trabalho”, afirmando que:

Através da interrogação sobre o processo de trabalho do ponto de vista, por exemplo, do acolhimento, podemos demonstrar a potencialidade deste caminho para se repensar processos de trabalho em saúde, além de permitir a abertura para um olhar sobre o modo como os modelos de atenção capturam o trabalho vivo em ato; potencialidade que se expõe nas distintas possibilidades de linhas de fuga que podem se constituir no interior do processo produtivo e gerencial. (MERHY, 1997, p. 127)

Portanto, defende a necessidade de haver uma mudança do “modelo tecno-assistencial das políticas de saúde”, que para ele está comprometido “com muitos tipos de interesses, excetuando com a saúde dos cidadãos”. (MERHY, 1997, p. 71-72)

Dentro dessa temática, Faria (1999, p. 121) igualmente enfatiza que o fator para as *relações* não sejam *simétricas*, é o “poder materializado na relação saber - poder; da objetividade sobrepondo-se as subjetividades...”

Segundo Vaz et al. (2002), para alcançar o *objetivo final*, os serviços de saúde “apresentam um conjunto de coordenação de ações” através da “decodificação do saber, com seus sujeitos”. Ao abordar a organização do trabalho o autor destaca que a mesma “constitui-se pelas relações entre os componentes do sistema de produção e reprodução da saúde, componentes que são as próprias estruturas desse sistema, incluídas nelas, como pressupostos, todas as estruturas outras intervenientes”. (VAZ et al., 2002, p. 52)

Em relação ao trabalho nas organizações de saúde, Shinyashiki et al. (2003) ressalta que as organizações que aprendem são aquelas que possuem habilidades para criar, adquirir e transferir conhecimentos, de modo a também a ser capaz de modificar comportamentos e refletir novos conhecimentos e idéias.

Já Shinyashiki, Trevisan e Mendes (2002) argumentam que uma dificuldade existente nos serviço de saúde é a comunicação entre os profissionais de saúde centrada em tarefas, o que contribui para que os trabalhadores não se expressem em sua autonomia e individualidade, portanto, sua expressão mais subjetiva não é ouvida nem sentida.

Sob esse aspecto, Souza e Padilha resgatam MARX (1980), ao abordar a segmentação existente nas tarefas do dia-a-dia que implicam em perda *da visão que todo indivíduo traz consigo*, e citam BITTES JR. e MATHEUS, ao sinalizar que:

...a atenção voltada para o ato em si traz consigo a robotização que pode erigir barreiras entre o trabalhador de enfermagem e o cliente, tais como: a pressuposição de entendimento, ausência de significações comuns, influencia de mecanismos incipientes, falta de habilidade para ver, ouvir e sentir a mensagem do outro. (Souza e Padilha, 2002 apud BITTES JR. e MATHEUS, 1996, p. 23-24)

Pode-se deduzir que o mesmo resulta na geração de resistências informais e/ou individuais, para que a equipe tome para si a responsabilidade pela organização, planejamento do serviço e compartilhamento de informações.

Schraiber et al. (1999) também aborda algumas dessas dificuldades vigentes ao afirmar que:

...a idéia de recomposição, na direção de integralidade da atenção, não tem se mostrado possível por meio da mera locação de recursos humanos de diferentes áreas profissionais nos mesmos locais de trabalho. A presença de variados profissionais realizando ações isoladas e justapostas, ou seja, apenas executadas lado-a-lado, sem articulação e sem comunicação não permite realizar a eficiência e a eficácia dos serviços na perspectiva proposta da atenção integral. (SCHRAIBER et al., 1999, p. 232)

Esta forma de trabalho é o que Peduzzi (1998), citado por Schraiber et al. (1999) denomina de “equipe agrupamento”, no qual a forma de relacionamento não conduz os profissionais à interação comunicativa. Peduzzi ressalta também a importância de outro tipo de trabalho denominando por ela de “equipe integração”, onde cada estratégia de ação profissional e a racionalidade de seu trabalho são conhecidas, dialogadas e negociadas como prática comum, sendo caracterizado pela articulação das ações e pela integração dos agentes:

A própria articulação das ações requer, ao menos, certa modalidade de relação entre os agentes, em que ao menos algumas informações sejam trocadas, mesmo que não se estabeleça um agir comunicativo como interação. Já pensar essa interação ou comunicação dos agentes da equipe, é pensá-la não somente como meio que permite estabelecer as correlações e os nexos entre as distintas ações, mas também como a construção de consensos quanto aos objetivos e resultados a serem alcançados pelo conjunto dos profissionais e a maneira mais adequada de atingi-los. A temática da informação – sua geração, registro e transmissão ou socialização – é uma questão articulada ao trabalho em equipe. A integração dos profissionais, trabalhadores de uma mesma equipe, pressupõe, sem dúvida, compartilhar informações, referidas não apenas aos usuários dos serviços, mas a população potencialmente usuária em geral, o que é uma referência mínima no sentido da construção de projetos assistenciais comuns (SCHRAIBER et al., 1999, p. 233-234)

O destaque acima nos leva a refletir sobre a importância do aprimoramento das relações entre os profissionais, assim como entre profissionais e usuários, para humanização da assistência.

Segundo Shinyashiki, Trevizan e Mendes (2003), “o conhecimento explícito pode ser revelado em palavras, números, especificações, manuais; é facilmente transmitido e compartilhado entre os indivíduos”, sendo que o conhecimento adquirido e repassado pode ser entendido também como “informação”, associado à experiência, intuição e valores. É importante o papel da enfermeira no processo de gestão do conhecimento, já que se posiciona na interseção dos fluxos horizontais e verticais de informação.

No ambiente de trabalho, as relações interpessoais devem agregar “maior entendimento/compreensão entre as pessoas” e pessoas valorizadas e respeitadas possibilitam que *novas posturas* ocasionem “o surgimento e o desenvolvimento de relações interpessoais e profissionais mais abertas as negociações nos sistemas organizacionais trazendo como resultado um novo existir”. (SVALDI e FILHO, 2000, p. 22-23)

Assim, “nas relações interpessoais, a percepção do outro é um processo cognitivo” e mútuo. (Pereira, 1999 apud ARGYLE, 1976, p. 18)

...o relacionamento interpessoal pode torna-se e manter-se harmonioso e prazeroso, permitindo trabalho cooperativo, em equipe, com integração de esforços, conjugados as energias conhecimentos e experiências para um produto maior que a soma das partes, ou seja, a tão buscada sinergia (Pereira, 1999 apud MOSCOVICI, 1996, p. 18)

Tanto para estimular processos mais conjuntos e partilhados na equipe de saúde, quanto para uma melhorar eficácia de suas ações, Merhy (1999b) propõe que o modelo assistencial deve empenhar-se, entre outros aspectos, em expandir a cooperação entre os profissionais, tornando as intervenções em saúde mais abertas e comprometidas com os interesses dos usuários. O território da saúde é visto por ele como “lugar da construção de intervenções tecnológicas cuja alma, cujo sentido, é a produção do cuidado em saúde, que tenta responder ao que socialmente se constitui e se denomina mundo das necessidades de saúde dos indivíduos e dos coletivos”. (MERHY, 2003, p. 09)

Esse talvez seja o lugar pelo qual nós trabalhadores de saúde, na nossa militância cotidiana, com o nosso “saber ser” trabalhador de saúde, podemos nos tornar sujeitos políticos militantes de um Sistema Único de Saúde mais equitativo, mais resolutivo, mais voltado para a vida do usuário. [...] os trabalhadores de saúde são os que mais detêm potências de “auto-poder”, conservador ou progressista - que lhes dão graus significativos de liberdade para agir no cotidiano, que não precisam pedir muita licença a outros para construir a sua ação junto do mundo das necessidades - de intervir na construção de um Sistema Único mais justo e democrático. [...] Isto é, muito depende da gente mesmo, ou seja, depende da nossa capacidade de ação... (MERHY, 2003, p. 11-12)

Merhy (2002, p. 123) destaca ainda, sobre o modelo de organização do trabalho em saúde, a falta de diálogo entre os diversos atores que compõe os diversos serviços: “cotidianamente as relações entre os agentes institucionais ocorre no interior de processos silenciosos até o momento que a lógica funcional, predominantemente e instituída, seja rompida”. Problemas estes que ainda se encontram atuais na área da saúde.

O entendimento da existência de ruídos comunicacionais entre os profissionais de saúde neste espaço, é importante para a compreensão e análise do funcionamento do processo de trabalho em saúde e adequada para se redesenhar um novo modo de trabalhar em serviços de saúde, uma vez que estes ruídos ocasionam interferências no dinamismo e resolutibilidade do trabalho. Segundo nos diz Merhy:

Dentro dessa compreensão sobre a constituição do espaço interseção no processo de trabalho em saúde, é possível introduzirmos uma discussão da possibilidade de identificarmos situações de ruído no cotidiano dos serviços de saúde, com a finalidade de se analisar a própria dinâmica daquele processo, idealizando possíveis intervenções que permitam alterar a direcionalidade das ações em saúde, no próprio ato do processo de trabalho.

[...] a quebra do silêncio do cotidiano pode e deve ser percebida como a presença de processos instituintes que não estão sendo contemplados pelo modelo de organização e gestão do equipamento institucional em foco, mostrando os distintos possíveis caminhar dos processos de ações dos agentes envolvidos e, portanto, abrindo possibilidades de interrogações sobre o modo instituído como se opera o trabalho e o sentido de suas ações naquele equipamento. (MERHY, 1999b, p. 19-20)

É enfatizada, dentro desta temática, a importância da integração dos profissionais e da articulação do trabalho intersetorial como imprescindíveis à proposta de humanização dos serviços de saúde. Essa é citada, entre outras características da atenção primária, como:

...a extensão e capilaridade da rede de serviços de atenção primária à saúde [...]; a importância das tecnologias de conversas que facilitam a identificação, elaboração e negociação com os usuários das necessidades que podem vir a ser satisfeitas naquele ou em outros espaços institucionais; e a importância da ação multiprofissional e da articulação intersetorial, já que a atenção primária possui inevitavelmente essa vocação de porta de entrada não apenas para a rede de serviços de saúde, mas para uma multiplicidade de outras demandas sociais... (TEIXEIRA, 2005a, p. 592)

O autor destaca, ao mesmo tempo, a necessidade de respeitar o ser humano como um ser de linguagem, uma vez que considera que o trabalho em saúde possui uma “natureza eminentemente comunicacional”, enfatizando as redes de serviço de saúde como “grandes redes de conversações”. Afirma ainda que um atendimento de qualidade nos serviços de saúde só é possível se vinculado à humanização do atendimento, sinalizando como medidas para esta humanização, além de um bom relacionamento na equipe, “a democratização das relações que envolvem o atendimento, o maior diálogo e melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde e paciente, o reconhecimento dos direitos do paciente [...], o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes...” (TEIXEIRA, 2005a, p. 586)

De forma semelhante Faria (1992), em seu estudo sobre “o diálogo entre as intersubjetividades em saúde”, ressalta a importância do *processo comunicacional*, ao afirmar que “muitas páginas poderiam ser escritas para falar a respeito da importância do processo comunicacional na vida da humanidade”. Considerando-o importante, sobretudo “na atividade vital do homem, o trabalho”. Completa citando Marx e Engels, ao ressaltarem que “na relação

sujeito-objeto está contida a essência do homem como um conjunto de relações sociais e isso supõe, necessariamente, um componente comunicativo” (Faria, 1999 apud MARX e ENGELS, p. 121-124).

A autora também enfatiza que somente o “diálogo” propicia o *entendimento*, o qual deve ser contínuo. Sendo importante, primeiramente, porque “a reflexão, a análise filosófica tem como pressuposto o diálogo...” e posteriormente “por ser o uso da linguagem na comunicação - como prática social concreta – a análise filosófica se caracteriza por uma discussão e interpretação das condições de possibilidades deste uso, de suas implicações e de seu uso mais profundo” (Faria, 1999 apud MARCONDES, p. 138)

A autora afirma que “a integração – é parte constitutiva do mesmo processo da comunicação.” A autora ainda cita Potrony, o qual se remete ao assunto referido ao manifestar que:

...a comunicação em saúde somente vai existir quando ocorrer influências recíprocas entre os sujeitos que estão interagindo, dependendo do contexto em que ocorre e das motivações originais em que estas se estabeleceram, podendo, inclusive, haver variações dessas motivações, mas o resultado da comunicação se produz dentro dela mesma. (Faria, 1999 apud POTRONY, p. 127)

O processo comunicacional é igualmente enfatizado pela autora, como um dos instrumentos fundamentais para a transformação da prática dos serviços de saúde, afirmando que através da comunicação “os homens têm a possibilidade de trocar idéias e experiências” e ressaltando que nesse período uma importante direção começa a ser tomada sobre essa questão, colocando a relevância da “democratização das informações e da comunicação social em saúde” no centro dos debates:

A ação em saúde, seja ela dirigida a uma necessidade assistencial, uma necessidade organizativa, ou qualquer outra que seja, o objeto sobre o qual realiza o trabalho, vai estar presente sempre a relação que se estabelece entre saúde como direito e o processo informacional. Obviamente, qualquer avanço neste campo vai estar relacionado com a democratização da informação na sociedade. Neste caso, não pode aqui ser confundida com liberdade de expressão, mas, sobretudo, como direito de acesso a informação. No processo de trabalho na saúde, o processo informacional que pressupõe um processo comunicacional é um e, talvez, um dos instrumentos mais importantes que se interpõe entre o trabalhador e o objeto sobre o qual atua... (FARIA, 1995, p. 55-56)

Assim, também esta autora se alinha a outros que afirmam o acesso às informações como direito de cidadania e o processo informacional como um dos mais importantes instrumentos para uma inter-relação efetiva, entre os profissionais e usuários, sendo necessário para isto “a abertura de um canal de comunicação onde possam fluir todas as informações necessárias” (FARIA, 1995, p. 50). Essa análise, do acesso a informação como direito, integra a compreensão da saúde como direito social, ressaltado em diferentes estudos.

Melo (2005, p. 168) busca fundamentar a idéia de que saúde como direito só é possível se for um produto da autonomia de todos envolvidos a partir da Teoria da Ação Comunicativa e da Teoria do Direito e Democracia de Habermas, afirmando que saúde como direito social “implica necessariamente pensá-la como uma decorrência da participação livre e igual de todos os envolvidos”.

Solla em seu estudo sobre a construção do processo de descentralização do SUS resgata que:

Na Constituição de 1988, a saúde passou a ser entendida como direito social universal, direito de cidadania e as ações e serviços de saúde caracterizados como de relevância pública. Este direito social (direito à saúde) deve ser assegurado pelo Estado. A saúde vai se inserir em um conjunto de direitos sociais (dos trabalhadores, à saúde, à segurança social etc.) que necessitam do papel do Estado para sua garantia; ou seja, são direitos a serem assegurados pelo Estado. (SOLLA, 2006, p. 334)

Faria (1999) ainda enfatiza que o processo comunicacional e informacional em saúde são considerados importantes problemas sociais que se tornam “objeto de aguda e constante luta ideológica” articulada a veiculação e ao caráter das informações em cada área “do conhecimento e da prática humana”, intervindo na vida cotidiana individual e coletiva. Destaca ainda, entre os problemas vigentes da época, a insatisfação das pessoas usuárias dos serviços de saúde pela desinformação ou ainda pela veiculação equivocada das informações:

No processo do trabalho na saúde, normalmente se percebe um monólogo o que, nos leva a acreditar que qualquer mudança de saúde hoje imposto a população passa, necessariamente, pelo repensar da prática do diálogo e da comunicação social. [...] Assim, no cenário da saúde, uma nova postura assistencial significa tomar para si a informação com conteúdos dirigidos à realidade, fundamentado num processo comunicacional, tomando-o como instrumento capaz de modificar a realidade, ou seja, as relações no trabalho em saúde, interna ou externamente, caracterizando efetivamente o direito de acesso as informações. (FARIA, 1995, p. 56-57)

As queixas dos usuários em relação aos serviços de saúde são do mesmo modo abordadas por Merhy (1999b), no qual o autor afirma que os usuários sentem-se “inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados” e que os atos de saúde devem visar a “satisfação de uma necessidade/ direito” dos mesmos. O autor atribui essa problemática vigente, ao modelo de atenção na produção de saúde:

...nos modelos tecno-assistenciais predominantes hoje na saúde, no Brasil, as relações entre usuários de serviços de saúde e trabalhadores se produzem em espaços interseções preenchidos pela “voz” do trabalhador e pela “mudez” do usuário, como se o processo de relação trabalhador-usuário fosse mais do tipo da “intersecção objetal” (modelo no qual o usuário encontra-se externo ao processo de trabalho). (MERHY, 2002, p. 163)

Nesse sentido, Teixeira (1997) aborda a importância sobre a garantia do acesso da informação e a importância da informação aos usuários como direito e como garantia do VII princípio organizativo do SUS – a participação da comunidade - ao sinalizar que:

Há pelo menos uma década, vem ganhando progressiva importância no debate médico-sanitário, especialmente daquele que vem se dando em torno da preocupação com o controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), a temática do acesso à informação. Ao menos discursivamente, a ótica predominante tem sido a de que a disseminação das informações sanitárias possa servir como um instrumento de transparência e garantia da participação popular nos processos de gestão dos serviços e programas de saúde. Dito de outra forma, o que se espera é que a disponibilidade de certas informações seja capaz de suscitar um dado comportamento “participativo”, pelo qual se daria o controle social do sistema de atenção, tal como este pode se definir no âmbito de determinadas concepções tecnopolíticas sobre a gerência e o planejamento democráticos. (Teixeira, 1997, p. 18)

O acesso a informação nos serviços de saúde além de ter sua importância amplamente discutida pelos autores citados acima é descrito em Legislação Federal sancionada pelo ministro de estado da saúde Saraiva Felipe em exercício na época, através da portaria nº. 675/gm de 30 de março de 2006 que aprova: A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, consolidando os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País.

Assim, o Ministro de Estado da Saúde, no uso de suas atribuições, embasado no disposto do art. 196 da Constituição Federativa do Brasil, Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990, bem como Lei nº. 9.656, de 1998, das diretrizes da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS em implementação pelo Ministério da Saúde a partir de maio de 2003; na necessidade de garantir o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo para os usuários dos serviços de saúde; resolve: “Art. 1º Aprovar, na forma do Anexo a portaria nº. 675/gm de 30 de março de 2006, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde, que consolida os direitos e deveres do exercício da cidadania na saúde em todo o País”.

A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde baseia-se em seis princípios básicos de cidadania que juntos, asseguram ao cidadão o direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde, sejam eles públicos ou privados; *in versus*:

- I - todo cidadão tem direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde;
- II - todo cidadão tem direito a tratamento adequado e efetivo para seu problema;
- III - todo cidadão tem direito ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação;
- IV - todo cidadão tem direito a atendimento que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos;
- V - todo cidadão também tem responsabilidades para que seu tratamento aconteça da forma adequada;
- VI - todo cidadão tem direito ao comprometimento dos gestores da saúde para que os princípios anteriores sejam cumpridos.

Dentre desses princípios alguns se destacam quanto à importância da clareza das informações prestadas aos usuários do serviço de saúde, como o primeiro princípio, que assegura ao cidadão o acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, visando a um atendimento mais justo e eficaz. Este princípio ainda preconiza em seu inciso VI que as informações sobre os serviços de saúde, contendo critérios de acesso, endereços, telefones, horários de funcionamento, nome e horário de trabalho dos profissionais das equipes assistenciais, devem estar disponíveis aos cidadãos nos locais onde a assistência é prestada e nos espaços de controle social; o inciso VIII – fala da garantia à acessibilidade implicando o fim das barreiras arquitetônicas e de comunicabilidade, oferecendo condições de atendimento adequadas, especialmente às pessoas que vivem com deficiências, idosos e gestantes.

O terceiro princípio no inciso VI coloca a informação como meio de auxílio ao esclarecimento do usuário a respeito de diferentes possibilidades terapêuticas de acordo com

sua condição clínica, considerando as evidências científicas e a relação custo-benefício das alternativas de tratamento, com direito à recusa, atestado na presença de testemunha.

O quarto princípio, nos incisos XII e XIII, ressalta o direito do usuário em saber o nome dos profissionais que trabalham nas unidades de saúde, bem como dos gerentes e/ou diretores e gestor responsável pelo serviço; além de garantir o acesso aos mecanismos de escuta para apresentar sugestões, reclamações e denúncias aos gestores e às gerências das unidades prestadoras de serviços de saúde e às ouvidorias, sendo respeitada a privacidade, o sigilo e a confidencialidade.

Sendo assim, a habilidade do exercício da comunicação torna-se uma importante ferramenta para a disseminação do conhecimento entre os colaboradores e usuários do serviço, para que a assistência produzida atinja seu objetivo final, sendo nos casos dos estabelecimentos de saúde, a prevenção, a promoção e a recuperação da saúde.

Merhy (199b), considera importante que todo profissional de saúde, “independente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde,” seja visto como um operador do cuidado, sendo “fundamental colocar o conjunto dos trabalhadores das unidades de saúde em situação e produzindo certo conhecimento sobre o seu cotidiano, sobre o seu modo de trabalhar, para que, a partir de então, interrogassem o seu cotidiano e pensassem sobre a situação problema”. (MERHY, 1999b, p.24)

As dificuldades existentes nas redes de comunicação nos serviço de saúde podem ser vistas como um possível dilema (em seu enfrentamento), além de um desafio prático, para os profissionais que compõe a equipe de saúde. O mesmo foi visualizado, com a realização do presente estudo, como uma problemática para o conhecimento, além de objeto de investigação.

Isto porque a construção de um novo conhecimento, abrangendo o problema em sua origem e constituições, propicia reflexão, transformações e resoluções pertinentes para melhoria do processo de transmissão de informações. Compreensão esta fundada na experiência como participantes neste cotidiano dos serviços na atenção básica, e no entendimento do profissional de Enfermagem como agente transformador da realidade.

Levando em conta tais afirmações, é fundamental que o Enfermeiro estimule a mudança de postura dos profissionais, buscando incentivar as relações de interdependência, onde haja cooperação, compromisso, objetivos e enfrentamento mútuo, como estratégia para alcançar a eficiência e a eficácia operacional.

É nesse sentido que o estudo proposto buscou identificar dificuldades encontradas na disseminação das informações provenientes da Secretaria Municipal de Saúde entre os

profissionais na Unidade Local de Saúde, através de novos conhecimentos, construídos a partir das diversas percepções trazidas pelos profissionais da unidade.

Sendo que estes conhecimentos foram igualmente repassados ao grupo, para que os possam refletir, adquirir e implementá-los, visando o aperfeiçoar do processo de “capilarização” das informações dentro da Unidade Local de Saúde.

4. METODOLOGIA

O delineamento do estudo o caracteriza como pesquisa exploratória-descritiva, de abordagem qualitativa, onde os sujeitos da pesquisa serão os funcionários de uma Unidade Local de Saúde do município de Florianópolis. Ela teve por objetivo compreender o fluxo de informações dentro da referida unidade, feita através de entrevistas individuais, observação, com relativa participação, e formação de um grupo focal. Buscou-se estratégias que identificassem as dificuldades encontradas na disseminação das informações oriundas da Secretaria Municipal de Saúde entre os profissionais desse serviço, além de estratégias potenciais ou efetivamente adotadas para soluções do problema vigente.

Optou-se pela realização de uma pesquisa de abordagem qualitativa, onde foi utilizado mais de um instrumento e procedimento para a obtenção de dados, visando alcançar nossos objetivos. Para originar informações consistentes, utilizou-se orientações metodológicas de autores reconhecidos neste tipo de pesquisa, especialmente Pope e Mays (2005) e Polit et al. (2004), entre outros.

A escolha por este método de pesquisa se deu por esta buscar interpretar os fenômenos sociais, como as pessoas compreendem seu mundo e o que apreendem dele, estudando as pessoas em seus ambientes naturais, utilizando diversos métodos na busca da construção de um novo conhecimento. No contexto do campo de saúde, uma gama de métodos qualitativos de pesquisa tem sido empregada para abordar questões importantes sobre os fenômenos sociais. Observar as pessoas em seu próprio território implica em juntar-se a elas (observação participante), falar com elas (entrevistas, grupos focais e conversas informais) e ler o que elas escrevem. (POPE e MAYS, 2005)

Segundo Polit et al. (2004), a abordagem qualitativa apresenta como características: a flexibilidade, sendo capaz de ajustar-se ao que está sendo aprendido; o potencial de abranger várias estratégias de coleta de dados, buscando a compreensão mais abrangente e completa possível; exige envolvimento do pesquisador tornando-o instrumento da pesquisa; além de exigir análise contínua dos dados para a formulação de novas estratégias e determinar o término do trabalho.

4.1 Instrumentos e técnicas de coleta de dados

Como forma de obter maior consistência e profundidade adotou-se a triangulação de dados, cotejando e complementando dados obtidos por diferentes técnicas - **entrevistas individuais semi-estruturadas, observação** das interações cotidianas, dinâmica da comunicação e fluxo de informação na unidade **e grupo focal**,

Um instrumento que foi utilizado para coleta de informações foram as **entrevistas individuais semi-estruturadas**, pelas quais também se buscou a compreensão dos eventos a partir dos significados atribuídos pelos participantes. As entrevistas permitiram, além desta compreensão, a captação das reações pessoais e o seu registro a interpretação das verbalizações.

Almejou-se que conteúdos pertinentes à pesquisa surgissem, do mesmo modo, nas entrevistas semi-estruturadas com cada participante, assim optou-se pela instituição de uma entrevista contendo questões abertas, neutras e claras, que permitiram respostas espontâneas. Segundo PATTON, citado por Pope e Mays (2005), as perguntas devem ser fundamentadas na experiência, no comportamento, conhecimento, sentimentos e opiniões dos entrevistados.

Na realização das entrevistas foram utilizadas as seguintes estratégias: apresentação pessoal ao entrevistado, explicitação do tema e do objetivo da pesquisa, previsão de sua provável duração, estabelecimento da participação voluntária, garantia de confidencialidade e mediante concordância, realização em um ambiente tranquilo, em horário oportuno. Teve início com perguntas simples, possibilitando uma familiarização do entrevistado pelo tema discutido, conforme a necessidade foi incluídas questões adicionais. O roteiro básico (APÊNDICE 3) norteou o processo de entrevistas, que foi desenvolvida com 15 trabalhadores, com duração média de 20 minutos, durante o período de 2 de outubro a 17 de 2007. O grupo de entrevistados foi composto por médicos, enfermeira, odontóloga, técnicos e auxiliares de enfermagem, auxiliares administrativos e psicólogas.

Durante o processo evitou-se impor conceitos pessoais aos entrevistados a fim de evitar possíveis distorções de opiniões e no quanto eles estariam dispostos ou confiantes em partilhar suas percepções, proporcionando liberdade para que dissessem o que realmente pensam. O registro das verbalizações foi realizado pela gravação em áudio, sendo posteriormente transcritos.

Rumo às informações que os objetivos do estudo requerem, ainda utilizou-se como recurso a **observação** das interações diárias, dinâmica da comunicação e fluxo de informação na Unidade Local de Saúde. Foi utilizado o método observacional, definido por Pope e Mays

(2005), como um exame constante e minucioso dos elementos que estão no contexto, através da observação do comportamento e da fala das pessoas em suas interações cotidianas, durante nossa participação das atividades. Fez-se uso de um caderno de notas como um importante instrumento para nos proporcionar uma compreensão detalhada da situação, através do registro cuidadoso do processo de observação, impressões e reações pessoais, o que contribuiu em mais veracidade em nossas interpretações.

Para um exame constante e detalhado dos elementos que estão no contexto, José Carlos Zanelli sinaliza “a utilização de categorias para dirigir o roteiro de coletas e a análise dos dados ou uso de categorias pós-estabelecidas com base nas informações coletadas, ou acrescentadas às categorias preestabelecidas”. (ZANELLI, 2002, p. 82)

Pope e Mays (2005), ao abordar os **grupos focais** como processo significativo de coleta de dados, afirmam que usar um método que facilite a expressão de críticas e, ao mesmo tempo, a exploração de diferentes tipos de soluções é inestimável no aperfeiçoamento dos serviços. A partir de seus princípios deduzimos que nossa opção por trabalhar com um grupo preexistente, constituído por diversos profissionais, permitindo uma exploração de diferentes perspectivas, assim como de uma observação de fragmentos de interações, o que possibilitou a uma análise comparativa com os dados naturais, coletados a partir de nossa observação das interações cotidianas. SENGE (1990), citado por Shinyashiki, Trevizan e Mendes (2003), propõe que:

...o aprendizado em grupo proporciona a criação de resultados, permite o aprendizado contínuo de visualizar mais claramente a realidade do momento; a justaposição do que se deseja com o que está em relação ao que se pretende gera uma tensão criativa cuja tendência é buscar solução. (Shinyashiki, Trevizan e Mendes, 2003 apud SENGE, 1990, p. 03)

Sendo assim ele afirma que “o aprendizado em grupo é o processo de alinhamento e desenvolvimento da capacidade de um grupo criar resultados que seus membros realmente desejam”.

Godin (2002), citando FERN, nos diz que grupos focais podem ter duas orientações, uma voltada à formulação de hipóteses e avaliação de teorias e outra que se dirige para aplicações práticas em contextos particulares. Além disso, dentro dessas duas orientações podemos ter três modalidades de grupos focais, os exploratórios, os clínicos e os vivenciais. O grupo exploratório, cuja metodologia foi usada no nosso estudo, tem sua orientação teórica

voltada para a geração de hipóteses e o desenvolvimento de modelos teóricos, sua prática tem por objetivo a produção de novas idéias, a identificação de necessidades e expectativas, conforme define Godin.

Já MORGAN (1997), também citado por Godin (2002), apresenta outras três modalidades de grupos focais relacionados com o uso isolado ou concomitante de outras teorias ou métodos, são eles:

a) os grupos auto-referentes usados como principais fontes de dados; b) grupos focais como técnica complementar em que o grupo serve de estudo preliminar na avaliação de programas de intervenção e construção de questionários em escala; c) grupo focal como proposta multi-métodos qualitativos, que integra seus resultados como de observação participante e de entrevista em profundidade (sendo este último também eleito para orientar a coleta de dados desta pesquisa). (Godin, 2002 apud MORGAN, 1997, p. 05)

Este mesmo autor adverte que o número deve estar relacionado com o interesse que o tema desperta e com as chances que cada pessoa terá para contribuir no grande grupo. Ainda alerta que no caso de temas polêmicos grupos com dez participantes acabam por causar conflitos e polarizar a discussão.

Sendo esta uma pesquisa de caráter qualitativo e tendo em vista que suas características se adequam aos achados durante o processo de construção, foi realizado um grupo focal para validação dos dados obtidos nas entrevistas e nas observações de campo.

Participaram no grupo focal sete funcionários da unidade, sendo dois médicos, uma odontóloga, uma técnica administrativa, uma auxiliar de enfermagem, uma técnica de enfermagem e um assistente de consultório dentário. Coordenaram o grupo as duas pesquisadoras principais, acadêmicas do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, e a pesquisadora responsável, professora adjunta do referido curso.

O registro das verbalizações foi realizado em um caderno de notas, sendo posteriormente transcritos para análise, interpretação e comparação dos resultados obtidos com os demais métodos de coleta de dados utilizados na pesquisa.

Dividiu-se o resultado das entrevistas em tópicos principais que foram lançados ao grupo, servindo como base para orientar o debate sobre o assunto em questão. Os moderadores orientaram a discussão, procurando limitar suas intervenções, permitindo que a discussão fluísse de modo que todos pudessem participar com suas experiências.

No primeiro momento das atividades foram expostos os objetivos do trabalho em questão, assim como com a importância da contribuição dos participantes com seus depoimentos para validação dos dados obtidos previamente e o enriquecimento da pesquisa como um todo. Havendo o esclarecimento de que todos poderiam contribuir se manifestando conforme desejassem, propiciando que todos tivessem o direito a se expressar e evitando que uma única pessoa dominasse a discussão.

Iniciou-se o grupo focal com a realização de uma dinâmica em que os participantes deveriam compor um desenho com base nas orientações fornecidas pelo moderador sem que pudessem consultar ou pedir informações adicionais para cumprir a tarefa (APÊNDICE 4). Com o término das instruções do moderador, todos compararam seus desenhos, os quais eram diferentes entre si e do que seria o resultado final real – o desenho de uma coruja. A finalidade dessa primeira etapa foi demonstrar que uma mesma informação pode levar à interpretações diversas, além disso, o fato de não de não compreender a informação pode ocasionar insegurança a quem desempenha a tarefa, prejudicando o resultado final do trabalho.

Na segunda etapa, dividiu-se o grupo em dois, um formado por quatro participantes outro com três, sendo que estes deveriam analisar os tópicos apresentados (APÊNDICE 5), formulando frases ou palavras que o representasse na sua concepção.

O primeiro tópico era referente as dificuldades no fluxo de informações quanto ao agente, sendo subdividido em três itens em relação ao fluxo das informações: até os funcionários, entre os funcionários e para os usuários da unidade. Este apresentava os três momentos que nortearam essa pesquisa em relação aos entraves da informação. O segundo tópico analisava os tipos de entraves no fluxo de informação. No terceiro foram discutidas as consequências desses entraves para o serviço, e no quarto tópico, questionou-se os fatores intervenientes do processo. O último tópico abordava a necessidade de haver mudanças assim como propostas e/ou soluções.

Em resposta aos temas levantados no grupo foram apresentados os dados obtidos com as entrevistas de forma comparativa, onde foi possível constatar que houve semelhanças de opiniões, validando os questionamentos principais das discussões acerca do tema.

Finalizou-se com a realização de uma segunda dinâmica, onde ao som de uma música era repassada uma caixa contendo uma ordem, que deveria ser cumprida obrigatoriamente pelo participante que tivesse a caixa em seu poder no momento em que a música parasse. Ficou subentendido através de um jogo de palavras que seria uma tarefa difícil de ser cumprida, no entanto a tarefa a ser executada seria a de comer um bombom que estava dentro da caixa. No momento em que parou a música todos ficaram aliviados, menos a pessoa que

teria que executar a tarefa. Ao abrir a caixa, a missão foi revelada causando surpresa a todos. Essa dinâmica teve por objetivo demonstrar que às vezes estamos predispostos a receber negativamente uma mudança ou tarefa, porém quando melhor avaliadas é possível encontrar algo de positivo e até prazeroso em sua realização.

Dessa maneira encerrou-se o grupo agradecendo a presença de todos que colaboraram com a essa pesquisa. Nesse momento os participantes retribuíram manifestando a importância do levantamento dados em relação às debilidades e possíveis soluções para melhorias que possam vir a serem aplicadas na unidade.

Uma vez que o grupo focal ocorreu no ambiente de trabalho dos participantes, houve uma maior cautela na exposição de opiniões, sendo que nos relatos omitiram-se situações vivenciadas na prática e que foram expostas nas entrevistas.

A combinação de dados coletados por meio de diferentes técnicas (triangulação de dados) apoiou à interpretação e propiciou o confronto de informações, acrescentando dados que não foram explicitamente expostos durante o grupo.

...os grupos focais quando realizados em organizações formais facilmente reproduzem acordos implícitos sobre o que deve ou não ser dito e é preciso considerar isto na análise dos resultados, o que exige o cruzamento de dados daí advindos com aqueles obtidos por meio de outras técnicas de coleta de dados. (GODIN, 2002, p. 06)

4.2. Análise dos dados

Os conteúdos qualitativos obtidos com a realização dos grupos focais, entrevistas e observação foram selecionados e ordenados em temas relacionados, agrupados em categorias, facilitando o processo de análise e interpretação. O confronto dos dados provenientes dos diversos procedimentos adotados foi importante para percepção das confirmações ou divergências existentes entre os métodos.

Na condução deste estudo foi prioritária a clareza, a sequência lógica das decisões de coleta, o registro cuidadoso do conteúdo qualitativo, a análise e interpretação dos dados. Como Zanelli expressa:

Organizar e interpretar dados qualitativos é um processo de análise sistemática, em busca de uma descrição coerente. [...] A análise (organizar e

interpretar) é também um processo recorrente de aprendizagem para chegar à compreensão do fenômeno estudado. [...] Trabalhar com os conteúdos que se captam pelos procedimentos de coleta presume a possibilidade de ir além de descrições simplistas da realidade. [...] Pesquisar é em si, um processo de aprendizagem. Aprendizagem pelas descobertas próprias do estudo e aprendizagem contínua de pesquisar. (ZANELLI, 2002, p. 85-86)

Para análise e estruturação de todo conteúdo qualitativo, resultante da transcrição das entrevistas, relatos verbais dos grupos focais e anotações, utilizamos a técnica de análise de conteúdo orientada por Pope e Mays (2005), onde o processo é dividido em cinco estágios:

- Familiarização, na qual é realizado um estudo e seleção dos dados obtidos para listar idéias importantes e temas recorrentes;
- Identificação de uma estrutura temática, onde é feito o reconhecimento dos tópicos e temas parecidos ou relacionados, agrupando-os em categorias para facilitar sua abordagem;
- Indexação, os dados depois de examinados e comparados são selecionados em temas parecidos e organizados em categorias-chave para maior investigação;
- Mapeamento, rearranjo dos dados conforme a parte adequada da estrutura temática à qual eles se relacionam, realização de registros, resumos extraídos de visões e experiência;
- Mapeamento e interpretação, uso dos registros para definir conceitos, descobrir associações entre os temas que emergiram dos próprios dados, para descrever e explicar os fenômenos sociais, de acordo com os objetivos da pesquisa.

Os princípios de Pope e Mays (2005) alertam que o pesquisador deve se apropriar do sentido dos dados ao examiná-los atenciosamente e interpretá-los. Este “processo analítico” tem seu início na fase de coleta de dados e possibilita ao pesquisador desenvolver hipóteses para conduzir a investigação subsequente. Os dados gerados podem ser densos e difíceis. É preciso estudar os registros, reconhecer e refinar os conceitos e selecionar os dados rumo a hipóteses ou proposições sobre os dados.

As conclusões obtidas com a análise comparativa dos dados, resultantes dos métodos utilizados (grupos focais, entrevistas e observação sistemática das interações cotidianas),

foram repassadas à equipe da unidade possibilitando, através da implementação do novo conhecimento, a obtenção dos resultados almejados pela mesma.

Reconheceu-se ainda com a realização da pesquisa o quanto é importante para o pesquisador ter flexibilidade na interação, compartilhar informações, ser receptível a múltiplas possibilidades, assim como assegurar a privacidade dos participantes, em busca da credibilidade e de uma condução ética.

4.3 Considerações Éticas

O estudo proposto não ofereceu riscos ou possibilidade de danos a qualquer dimensão do ser humano. A participação foi voluntária, sem remuneração, observadas as condições de pleno exercício da autonomia e liberdade individual, o que inclui as exigências de: amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo; consentimento livre e esclarecido, expresso através de termo assinado pelo informante individual; garantia de anonimato (instrumentos não identificados) e proteção da imagem individual e institucional; respeito a valores manifestos, sejam de caráter religioso, cultural ou moral.

Foram obedecidas todas as orientações constantes da Resolução 196/CNS, para pesquisa envolvendo seres humanos. Todas as garantias dos sujeitos foram explicitadas de forma verbal durante as entrevistas, início dos grupos focais e no documento de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE 2). O projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (APÊNDICE 1). Os dados coletados tiveram seu uso limitado para os fins explicitados no estudo e estarão sob guarda das pesquisadoras.

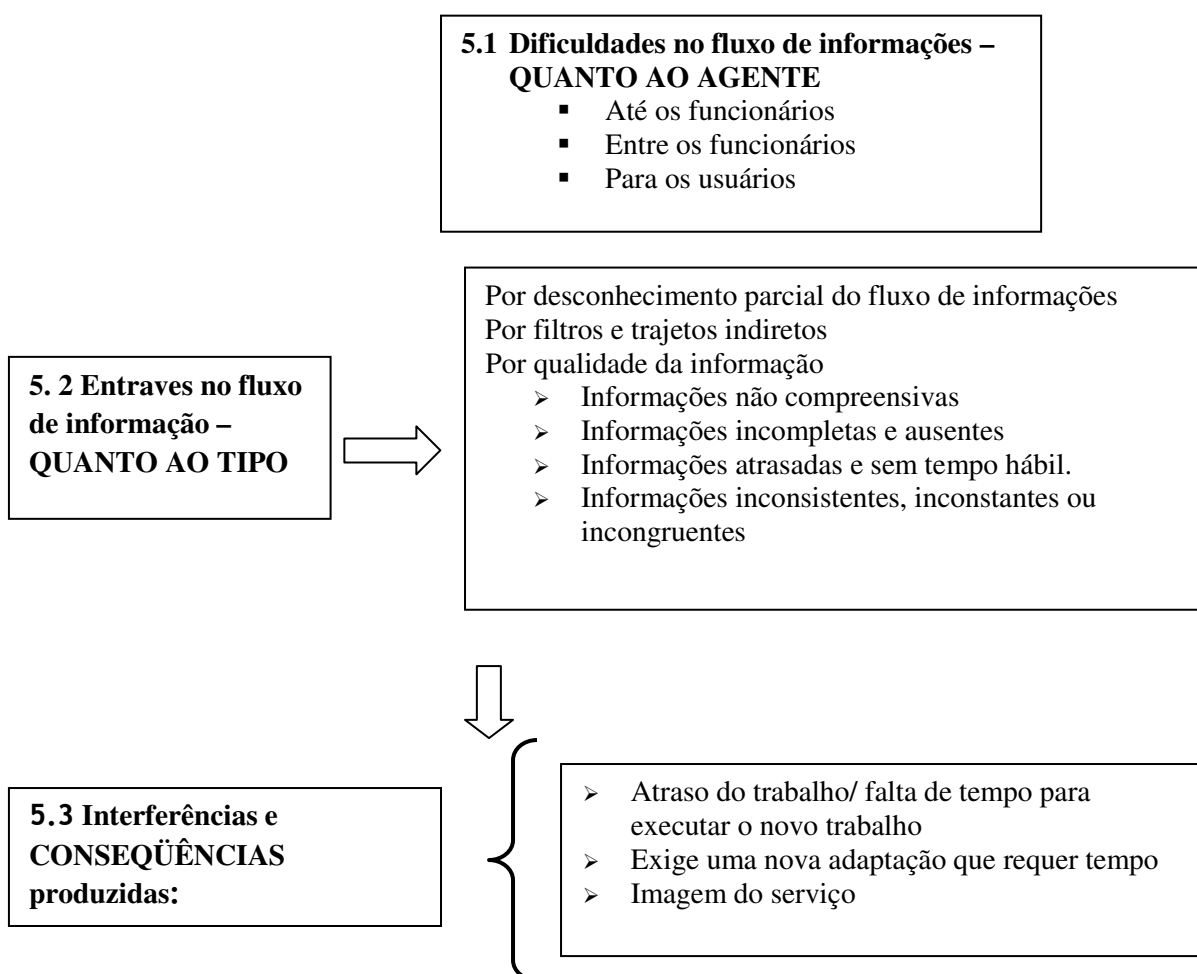
Como uma pesquisa acadêmica, comprometida com o rigor metodológico e ético, tomou-se também como meta a publicação dos resultados para difusão do conhecimento produzido, na qual serão mantidas todas as garantias dos participantes previamente estabelecidas.

5. ENTRAVES NO FLUXO DE INFORMAÇÕES E SEUS IMPACTOS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM UNIDADE LOCAL DE SAÚDE –

Análise do caso estudado

Os dados obtidos da observação participativa, entrevistas e grupo focal, foram divididos segundo a idéia central que expressam e conduzidos ao estabelecimento de categorias e sub-categorias representativa dos achados principais. As seis principais categorias são apresentadas esquematicamente abaixo:

Figura 6 - Categorias principais



5. 4 Fatores INTERVENIENTES - que participam da produção dos entraves

5.4.1 Organização do trabalho/ gerenciamento

- Falta de funcionários ⇔ funcionários sobrecarregados
- Troca de funcionários/rotatividade
- Falta de treinamento e falta de informações
- Insuficiência de reuniões da ULS
- Insuficiência de participação nas reuniões da ULS
- Lentidão para soluções e respostas aos problemas:
- Falta de planejamento

5.4.2 Características relacionadas ao desempenho profissional

- Hierarquia
- Falta de compromisso com o trabalho/ interesse/ capacitação
- Falta de respeito (funcionários e/ou usuários)
- Falta de interação da equipe multidisciplinar

5.5 A necessidade de haver mudanças PROPOSTAS e/ou soluções

- Mais funcionários
- Treinamento, Capacitação e motivação
- Mais reuniões (ULS e ESF)
- Toda a equipe ESF participar da reunião da ULS
- Padronização das informações/ planejamento
- Realizar o acolhimento

5. 6 Uma QUESTÃO: a quem compete as mudanças?

Outras manifestações

- Nenhuma dificuldade da transmissão de informações para os usuários
- Entraves nas informações interferem pouco no seu trabalho
- A ordem indireta do fluxo de informações não é uma dificuldade
- Informações na maioria compreensivas/ satisfatórias

5.1 Dificuldades no fluxo de informação - quanto ao agente

É no campo da informação em saúde que se encontra “uma boa parte dos principais problemas que os serviços de saúde têm passado”, sendo uma das dificuldades a “carência da informação”. (MERHY, 1997, p. 123)

Através da análise dos entraves no fluxo da informação percebidos em nossa observação participativa ou trazidos pelo depoimento dos profissionais de saúde, com a realização das entrevistas e com a participação em grupo focal, encontramos algumas dessas “carências” ou “dificuldades” no cotidiano da unidade local de saúde. Assim as dificuldades são reconhecidas em vários momentos do fluxo de informação, que podem ser identificados pelo agente que é atingido por este entrave, ou seja, quando as dificuldades prejudicam o recebimento da informação pelo funcionário, a divulgação entre os diferentes funcionários ou entre estes e o usuário:

Olha, eu acho que a gente tem dificuldade de todos os níveis, desde a origem até onde chega. Então em todos os níveis tem suas falhas, tem suas dificuldades. (Orquídea Wanda)

Em seu estudo sobre modelos comunicacionais e práticas em saúde, onde aborda quatro tipos de *modelos comunicacionais* existentes, Teixeira (1997) enfatiza a importância do fluxo de informações para o desenvolvimento e eficácia do trabalho de toda a equipe de um modo geral. Isto foi relatado pelos profissionais da unidade de saúde:

Quando as informações chegam a tempo e de forma clara facilita bastante a questão da comunicação da equipe, do entendimento das ações. Enfim, facilita bastante o trabalho, na organização do trabalho. (Girassol)

Para os profissionais, o que contribui para que haja falhas que atrapalhem que as **informações cheguem até eles**, é o próprio fluxo que seguem as informações:

E eu acho que a maior falha é que não chega para todo mundo da unidade eu acho que fica muitas vezes para o coordenador. Não por má atenção nem por nada, mas pára no coordenador, ou às vezes na regional mesmo. [...] E eu acho que é pela questão do lugar... quer dizer... nível central e regional e passa pela coordenação... Pára num lugar e não vai pra frente. (Jasmim)

Segundo Teixeira, “representar a presença de valores éticos no processo da comunicação”, estando constituído “no respeito à autonomia moral e cognitiva do outro” é um significativo papel do *modelo comunicacional dialógico*. (TEIXEIRA, 1997, p. 26)

Para o estabelecimento de uma *relação dialógica*, Faria sinaliza a importância de haver uma mistura de “vários elementos” entre os quais “a compreensão mútua”, o que somente é possível com uma abertura para que se estabeleça uma inter-relação. (FARIA, 1999, p. 149)

A questão do entendimento das informações é considerado igualmente importante para os profissionais assim como um fator de interferência, uma vez que a falta de entendimento é destacada como um entrave desta vez entre os próprios funcionários:

...porque às vezes tu fala uma coisa que não se atinge, eu acho que tu estás entendendo de uma forma e então tu estás entendendo de outra. Então é bem complicado essa coisa de informações, de comunicação.
(Copo de Leite)

Outro fator é a distribuição desigual das informações **entre os funcionários**, seja em tempos diferentes ou mesmo em informações diferenciadas:

Eu acho que a falta de uniformização da informação pro funcionário. Então é assim, muitas vezes ele não sabe exatamente ou ele acha que é de um jeito, o outro acha que é de um jeito parecido e às vezes não é. Acho que isso é o principal... a falta de uniformidade no passar a informação pro funcionário em parte também. (Jasmim)

Mas além dessas dificuldades da transmissão de informações, os funcionários também não deixam de enfatizar, além do próprio fluxo da informação, a dificuldade da falta de interação entre a equipe:

Um pouco de cada um, questão do interesse, de buscar trabalhar mais como equipe, todo mundo tendo as mesmas informações, todo mundo repassando. (Amarílis)

No *modelo estrutural*, abordado por Teixeira, a estrutura, ou seja, as “regras” existentes no meio, e o próprio *meio* é o fator determinante do *sentido* atribuído às ações dos *agentes*, sendo o *contexto* mais importante do que as intencionalidades. (TEIXEIRA, 1997, p. 24-25)

A gente fica perdido nas funções porque há funções e funções de funcionários dentro da unidade. Não existe um quadro onde tem o que cada um vai fazer inclusive em que tempo, inclusive o horário necessário, eu acho que seria importante... A quem eu vou recorrer no caso de alguma coisa, tanto no nível de unidade, quanto no nível de regional, quanto de nível de central. Quando a gente precisa de uma informação a gente fica pipocando de um lado pro outro pra poder resolver. Então acho que falta a distribuição das atribuições e das funções. (Girassol)

Esse *modelo comunicacional* em que não somente o *emissor* e o *receptor* estão “envolvidos”, mas também o “contexto onde se desenvolve a comunicação” é abordado e defendido por Faria (1999) como sendo condizente ao “processo de comunicação”, citando Portigo e Medine (1994), que o denominam de *modelo transdimensional* ou *bidirecional*.

Já em um outro *modelo comunicacional* referido por Teixeira, as práticas comunicacionais envolvidas devem assemelhar-se ao “fruto de uma união”, semelhante a “uma rede da qual todos participam”, denominado pelo autor de *modelo diagramático*. (TEIXEIRA, 1997, p. 27) Sendo esse o modelo defendido e idealizado por muitos dos profissionais:

Deveria haver um método para passar a informação pra todos ao mesmo tempo, por que aí todo mundo escuta a mesma coisa, mas, como isso é impossível porque cada um faz um horário. Por que não no almoço? O posto não vai fechar do meio dia a uma? [...] então pega ali cinco minutos que seja pra [...] passar a informação. (Rosa Amarela)

De unidade de saúde acho que era interessante fazer, colocar comunicados mais claros, sentar todo mundo uma vez por semana vamos fazer uma reunião e trabalhar os problemas nossos. Chegou um comunicado, nem que o responsável passe de funcionário pra funcionário olha vai mudar tal coisa e você precisa saber tal coisa e as coisas sejam explicadas, não só ditas, porque quando você só diz tem que fazer isso a pessoa não faz. Você tem que fazer isso, por

causa disso, talvez isso crie uma certa consciência na pessoa, que é muito mais importante do que vir aqui mandar e desmandar. O ideal é que tivessem cinco minutos antes então passava os informes pra todo mundo. (Lírio)

Ao relacionar os tipos de comunicação existentes e as práticas em saúde, Teixeira afirma que “a relação geral serviços/usuários [...] está amparada no império inquestionável do *modelo unilinear*, denominando de “núcleo técnico das práticas de saúde” onde impera certo “tabu”, “já que estas experiências relacionais se organizam de modo a reconhecer a soberania exclusiva da tecnociência como centro irradiador dos sentidos no campo da saúde/doença”. (TEIXEIRA, 1997 p. 22-23)

O mesmo foi evidenciado por Faria (1999), ao afirmar que os serviços de saúde estão em sua maioria voltados para o cumprimento de ordens e, em um número reduzido, há o estabelecimento de uma “colaboração mútua”, sinalizando que:

...o modelo da prática comunicativa dos serviços de saúde tem como base o modelo tradicional da educação, isto é, entende a relação linear e o processo comunicacional tendo apenas o emissor, o profissional da saúde, que transmite a mensagem, e o receptor, o cliente dos serviços de saúde, que processa e decodifica a informação transmitida... (FARIA, 1999, p. 134)

A autora ao ressaltar que “pensar assim” é subestimar as pessoas, ignorar a importância de suas “mensagens” e da interação, através do estabelecimento de uma inter-relação. Verifica-se nas falas dos profissionais a presença no cotidiano dos serviços de saúde diversos dos modelos referidos anteriormente, sendo que o mais presente é o *modelo interpessoal* e o *modelo comunicacional coletivo* é o mais almejado.

A transmissão de informações para os usuários é também abordada por Merhy, que considera o encontro com o usuário final uma concretização da *tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde*, traduzido como método de “produção de relações intercessoras” em um de seus principais sentidos:

É neste encontro do trabalho vivo em ato com o usuário final, que se expressam alguns componentes vitais da tecnologia leve do trabalho em saúde: as tecnologias articuladas à produção dos processos intercessores, as

das relações, que se figuram, por exemplo, através das práticas de acolhimento, vínculo, autonomização, entre outras. (MERHY, 1997, p.122)

Entre as dificuldades de comunicação entre os profissionais e usuários, relatadas nos depoimentos, estão a da própria falta de compreensão dos **usuários**:

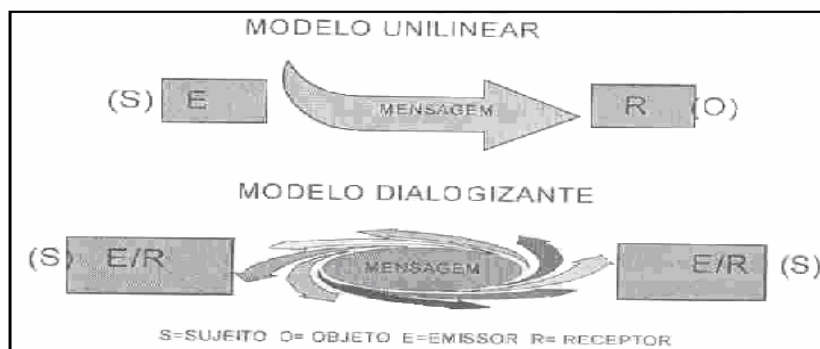
É porque às vezes o usuário a gente fala e eles não entendem, não escutam. Por exemplo, tu avisa, tem consulta amanhã, amanhã tens que ir lá e dizer hoje é tua consulta. Eles dependem muito da gente, não conseguem fazer nada sozinhos. Te perguntam é amanhã ? É tal horário? Onde é que fica? Não são capazes nem de ler a folha de encaminhamento. (Orquídea)

Assim como os profissionais percebem a existência de uma espécie de “seleção da informação” dos usuários, conforme seus “interesses pessoais” - aquilo que lhes é oportuno eles “absorvem” ou assimilam a informação da maneira que lhes for mais “conveniente”:

No meu caso específico as interferências são várias. Primeiro, uma principal... O nível de escolaridade. Isso influencia muito, porque uma pessoa de entendimento de nível de entendimento muito baixo você explica dez vezes a mesma coisa e quando ela sai da porta pra fora ela não sabe, se você perguntar o que foi que lhe foi dito ou o que, que lhe foi orientado ela não vai saber te dizer, ou então vai te dizer de uma maneira muito errada ou pela metade. Nível de escolaridade é o principal, que eu noto no meu dia a dia é isso. E às vezes assim, o interesse a atenção dos pais pra aquele fato, ou o grau de importância que eles dão pra aquilo, pra aquela informação. (Orquídea Wanda)

Nesse sentido, Faria coloca que a “relação” se apóia na maneira que é estabelecida a comunicação, assim como a “mensagem e seus efeitos” dependem dos meios pelo qual se seguem.

Figura 7 - Comparação de dois Modelos Comunicacionais



Fonte: Faria, E.M. O diálogo entre as intersubjetividades na saúde. In: Leopardi, M.T. et al. **O processo de Trabalho em saúde: Organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-livros, 1999. p. 105-120.

Entretanto, há uma distinção pelo *receptor* que depende de como se firma o “repasso” da informação e de seu “contexto sócio-cultural”. Esse, segundo a autora, devido ao fato de que as pessoas “guardam as coisas que crêem e as que designam de valor para si”. (FARIA, 1999, p. 132)

Concorda-se igualmente com a autora ao afirmar que nos serviços em saúde “as relações são incongruentes ou, muitas vezes congruentes dentro da própria incomunicabilidade”. (FARIA, 1999, p. 132) Verifica-se, portanto, a existência de desacordos e conflitos no estabelecimento das relações entre os trabalhadores e usuários dos serviços habitualmente.

Alguns dos profissionais consideram normal que muitos dos usuários não compreendam os serviços de saúde por ser este um sistema complexo, atribuindo a maioria da insatisfação ou dos transtornos sofridos por estes usuários à sua falta de entendimento. No entanto, com observa PORTIGO e MEDINE, citados por Faria (1999), a insatisfação dos usuários revela uma outra questão oculta nessa questão:

O que os clientes realmente pedem é que os profissionais de saúde sejam atenciosos, quer dizer, que tenham disponibilidade de conceber e estruturar um diálogo compreensivo, considerando-se que a comunicação humana deva deixar transparecer desde os aspectos afetivos e expressivos, os cognitivos e informativos, até aqueles mais práticos do comportamento Faria (1999 apud PORTIGO e MEDINE, 1994, p. 143)

Faria também nos diz “que o trabalho opera, em geral e fundamentalmente, nos processos cognitivos e evolutivos e a comunicação muito mais nos processos afetivos”. Estando esses “interpenetrados quando o primeiro se estrutura segundo os princípios da comunicação”. (FARIA, 1999, p. 128)

Sendo assim, os “processos cognitivos” são intercessores no trabalho em saúde e a compreensão atua como um “elo” para a eficácia operacional. Dentro da unidade esse processo apresenta certas “falhas”, por parte dos profissionais da unidade, devido ao usuário não saber às vezes como expressar ou o que pedir:

Às vezes eu não entendo o que eles querem, eles não sabem me explicar o que eles querem. [...] E eu que fui jogada aqui dentro, [...] eu não tenho esse molejo. Então com o tempo a gente vai criando, por enquanto a minha dificuldade é essa, eu não consigo saber às vezes o que eles querem e eu não posso fazer aquilo que eu não entendo.
(Rosa Amarela)

O “molejo”, traquejo ou percepção aguçada que se adquire com a experiência é ressaltado, do mesmo modo que o fato do funcionário, algumas vezes, não ter a mesma informação que alguns dos usuários possuem:

Às vezes o paciente é que vem te dar a informação. ‘_ Ah, agora a secretaria vai fazer tal coisa...’ E tu nem tá sabendo, já aconteceu isso comigo, o paciente tá sabendo e tu não tá sabendo. Assim fica difícil porque eles vão à busca, tem uma paciente que sabe mais, bem mais que eu, tudo. Ela chega aqui meio que botando os pés pelas mãos, enchendo a gente, porque ela tá bem informada, ela tem os informantes dentro da secretaria. Chega aqui cobrando, a gente não sabe nem o que tá acontecendo. (Gérbera)

Nessa relação existente entre profissionais de saúde e usuários do sistema, vale resgatar ainda que na assistência em saúde “estão postas necessidades diferenciadas: a dos prestadores de Serviços de Saúde para satisfazê-las e a dos clientes buscando respostas aos seus problemas”. (FARIA, 1999, p. 125)

A falta de interação nas relações e as condições do meio em que se estabelece a comunicação fazem com que a inter-relação seja deficitária, prejudicando o processo comunicacional como um todo. Quer dizer, não significa que não exista comunicação entre os

profissionais da saúde e os usuários - elas existem comumente - mas existem outros aspectos, como a dificuldade de estabelecer formas comunicativas baseadas na compreensão intersubjetiva, que fazem com que a mesma não se torne efetiva, resultando por vezes em frustração pra ambas as partes envolvidas.

5.2 Entraves no fluxo de informação - quanto ao tipo

Em seu estudo sobre os modos de operar a informação, Merhy nos diz que as gerações de dados e de informações contínuas fazem parte do trabalho de diversos profissionais da saúde em suas coerências singulares de cumprir seus “autogovernos” no cotidiano, embora não sejam interrogados explicitamente em relação ao significado deste “modo de operar” e sobre a procura de fazeres “mais públicos e compromissados” com o usuário. Nesse cotidiano há uma atuação simultaneamente entre o mundo “harmônico” e o “dissonante”, ocorrendo mútuas invasões:

É, portanto, onde se produzem os “estranhamentos”, os “ruídos”, as falhas do mundo com sentido no instituído, e cheio de significados, onde os acordos e os contratos existem e funcionam, e ao mesmo tempo onde os instituintes impõem estranhamentos, quebras, linhas de fuga, novos possíveis em disputa. (MERHY, 1997, p. 125)

Desta maneira, a informação tem a capacidade de ser uma importante “arma analisadora” ao possibilitar “operar sobre os ruídos” do dia-a-dia, uma vez que permite o questionamento acerca da “informação em saúde na dinâmica cotidiana deste processo de produção de serviços, enquanto uma ferramenta a revelar *as falhas* das ações de saúde no seu cotidiano, e com isso remeter a análise sobre os seus sentidos.” (MERHY, 1997, p. 118)

Encontrou-se durante o desenvolvimento da pesquisa algumas dessas *falhas* presentes no cotidiano da unidade local de saúde. Entre as quais foram ressaltadas pelos entrevistados a existência de **filtros e trajetos indiretos**, a **qualidade da informação** e o próprio **desconhecimento** parcial do fluxo de informações:

Ah, eu não sei muito bem não. O que eu sei assim é que o fluxo da secretaria é que tem bastante informação, pelo menos por fax [...] Mas tirando isso acho que há uma boa informação, uma boa troca de informação da secretaria com o posto, porque eu vejo sempre eles

falando, não é? Agora contato a gente não tem... Eu pelo menos não tenho, os outros funcionários pode ser. (Margarida)

Eu acho que vem da secretaria por que aqui só passa pra gente depois que vem de lá. (Cattleya)

No entanto, para o autor acima referido, atribuir as falhas ao despreparo nas equipes de saúde, ao trabalhar com a informação, é uma visão simplificada do problema. Isto foi confirmado pelos dados analisados. Segundo o relato dos profissionais, um dos entraves existentes que contribui para que haja essas falhas nas informações - como informações incompletas, atrasadas e divergentes - é a maneira como a informação chega até os profissionais, ou seja, o próprio “caminho” pelo qual seguem as informações.

...o fluxo funciona da seguinte forma, a secretaria manda pra regional e a regional distribui pras unidades, que é o coordenador, que vai distribuir pros funcionários a informação. Então tem muito intermediários nas informações. [...] Existem muitos ruídos na comunicação ai porque existem muitos intermediários. (Girassol)

...vem para o coordenador, pro coordenador passar. Esse eu acho o mais complicado. O que vem via coordenador pro coordenador passar. Porque o coordenador até passa, mas em cada unidade é de um jeito. O coordenador passa pra quem tem interesse diretamente, ou às vezes passa na reunião de uma forma [...] passa tudo o que chega também, mas não totalmente... (Jasmim)

Para eles, ao percorrer seu fluxo as informações acabam sendo **filtradas, distorcidas** e até mesmo se perdem:

Às vezes ele fica retido na coordenação ou na regional, por uma série de questões. Então assim... A informação que poderia me interessar fica retida lá. [...] tanto na regional quanto na coordenação, existe uma filtragem... Então eu não sei se ela é bem-vinda. Porque, hoje em dia com equipes de saúde da família, você não tem informação que seja para um profissional... Informação que seja para outro... Não deveria ser assim... Todo mundo deveria ter a mesma informação pra

usar as mesmas palavras e falar do mesmo jeito com os pacientes, porque todo mundo lida com os pacientes. Mas eu acho que por vício de um sistema antigo, onde não era assim, o que acontece... A informação é às vezes erradamente filtrada, tanto na regional, que acha que tem que passar por rota determinada, especialistas, determinadas pessoas... Quanto na coordenação... Que às vezes chega e passa só pra determinadas pessoas... (Jasmim)

Sobre esse aspecto cabe lembrar que há dois fatores preponderantes no processo de comunicação “as intenções do comunicador” e as “disposições do *receptor* em consumi-las, ou utilizá-las...” (Faria, 1999 apud BELTRÃO, 1982, p. 134)

É perceptível na fala acima, do entrevistado, que a “seleção da informação” resulta em preocupação. Isto porque esse que é *receptor* nos serviços de saúde é também um “futuro” *emissor*. Sendo que para este é importante o conhecimento adequado das “mensagens”, pois a assimilação de um outro *receptor* depende também do modo que a mensagem será repassada por ele.

Faria enfatiza que “o processo de trabalho é sempre unidirecional - sujeito - objeto e a comunicação é multidirecional”. Dentro dessa temática afirma que:

...todo o processo de trabalho pressupõe alguma forma de comunicação como veículo imprescindível para a realização plena do sujeito que opera a ação. No caso do trabalho na saúde, geralmente, um dos elementos desse processo é um outro sujeito, portanto, mais notável se torna o caráter imprescindível da comunicação plena, pois ao contrário, ambos os sujeitos desse processo tornam-se infelizes e a ação é deficiente para ambos. (FARIA, 1999, p. 127)

Na seleção dos dados obtidos, buscou-se os fatores que indicassem mais sobre as “falhas” na comunicação, os quais impedem que ela seja “plena”, interferindo no processo como um todo. O mesmo resultou na questão da “**qualidade da informação**”, a qual foi dividida segundo: ausência de informação; informações incompletas; informações com pouca antecedência; informações atrasadas; informações diferenciadas entre os profissionais; informações divergentes; informações inconstantes; informações não compreensivas.

A ausência de informação está presente no dia-a-dia do serviço em saúde de diversas formas. Durante nossa observação participativa, por exemplo, podemos presenciar um caso

onde houve um treinamento no auditório da Unidade Local de Saúde sobre primeiros socorros no qual os próprios funcionários da unidade só tomaram conhecimento na manhã do treinamento e por que foi realizado dentro da sua unidade. Outros casos em relação a essa falta de informações foram relatados nas entrevistas:

A gente vai ver o conteúdo e acaba perdendo oportunidades importantes porque a informação não chegou até você por “n” razões. Existe a razão da gaveta ou existem outras razões de memória e essas coisas todas. (Orquídea Wanda)

...uma informação seria ótimo [...] a gente faz corriqueiro, as coisas, informação não tem e assim... Como é que fala aquilo, da onde que vem... A secretaria da regional está sempre de reunião, to até tremendo. As enfermeiras estão sempre de reunião, nível superior ta sempre de reunião, eu acredito que é pra melhoria das coisas. Mas, nunca chega nada até nós... Então é muito bom passar por eles, que eu sinto isso. (Gérbera)

Em relação às informações incompletas, também podemos nos deparar com situações desastrosas. Um dos casos foi do programa “Bolsa Família”, no qual está sendo feito um novo cadastramento das pessoas participantes desse programa a pedido do governo, mas essa informação não foi divulgada de maneira completa e abrangente aos funcionários, que não sabiam o que orientar ao certo para os usuários que buscavam no posto essa informação. As informações incompletas são destacadas igualmente nos depoimentos dos entrevistados:

Muitas vezes a gente não tem o domínio total da informação, muitas vezes o médico falta, não passam nada pros funcionários, aí tu não sabe porque ele faltou, aí tu não tem como explicar pro paciente, se ele tá doente, o que aconteceu. Eu falo que ele não veio e o paciente, por falta de informação, acaba se irritando contigo. (Tulipa)

Às vezes a gente tem que buscar as informações, por que nem sempre ela chega. Há porque vai começar, vai mudar a maneira de atendimento em tal lugar e a gente precisar ligar: Tá, mais vai ser onde, vai ser como? Um exemplo: chegou um convite pros agentes de saúde participar de uma palestra e a gente tinha que mandar o nome dos agentes, o telefone - a gente mandou e não teve retorno e aí um dia eu fui ligar pra lá e ninguém atende. Sempre falta um pouco de detalhamento. (Lírio)

[...] então eu sei que vai ter campanha, eu sei que tem campanha de Sabin, eu sei que tem duas por ano, mas [...] não passaram pra ela o que é... Informação muito precária, se é que existe, quando existe informação. Às vezes nem existe muito. (Gérbera)

Vem uma informação que era assim... A partir da semana tal o PPD vai ser realizado na unidade da trindade de segunda a sexta em tal horário... Quem vê aquilo não sabe como era feito antes. Eu acho que às vezes falta um “elo” com o que era feito antes. O certo era: A PPD, que antes era feita em tais e tais lugares, mudou para tal... Então, havia uma informação e às vezes você não sabe o que ta modificando, então eu acho que isso às vezes é mais complicado... (Jasmim)

A fala de *Jasmim* destacada acima revela a existência de informes incompletos, o que também foi evidenciado durante a observação participativa, como, por exemplo, a distribuição dos folderes explicativos à população, de linguagem difícil, com termos técnicos e informações incompletas, que em vez de esclarecer, ocasionavam mais dúvidas, não somente para os usuários como para os próprios profissionais da unidade.

Sobre o mesmo, Faria (1999) resgata que “o problema está em que as formas comunicativas impessoais e tipificadas e a comunicação estratégica, puramente informativa-performativa, prevalecem sobre as formas comunicativas baseadas na compreensão intersubjetiva, que acontece em relação ao sentido comum, isto é, o mundo do cotidiano ou o mundo vital”.

Há vários casos de informações oriundas da Secretaria Municipal de Saúde ou da Regional que chegavam à unidade com pouca antecedência ou “em cima da hora” como se dizia entre os funcionários:

Não vem no tempo certo. Nunca ta batendo, nunca ta certo. Não, a gente se acostumou assim, eles pedem as coisas sempre pra ontem... Geralmente é assim. (Rosa Vermelha)

Esse eu acho que é o problema maior de todos, por que tudo na secretaria eles mandam de hoje pra ontem, pra tu dar a resposta pra ontem, esse não teria como a gente ajeitar, como arrumar. (Lírio)

Então assim chegam memorandos, comunicações, que são repassadas em cima da hora ou não são repassadas pra todo mundo de forma

clara e na hora que isso começa a interferir de forma muito grande no serviço é que isso é cobrado de todos por igual. Mas não pode ser cobrado de todos por igual se não foi passado a todos por igual. (Lírio)

Às vezes demora passar, passa pra um não passa para outro e aí quando chega a saber já tá no início/final do prazo. (Orquídea)

Tem dois pontos do sistema que fazem nó. Primeiro o espaço de tempo entre a chegada do comunicado e a realização do que precisa ser feito. Vocês viram chegar memorando via fax, que a gente não chama de memorando é de comunicação interna, via fax agora para ser respondido daqui à uma hora. Vocês viram chegar comunicação interna de reunião chegar hoje e a reunião vai ser depois de amanhã, então tem que fazer toda uma reorganização de atividade, de escala, de agenda isso vocês viram... Aí tá um nó, um momento. (Lírio)

As informações atrasadas são também bastante comuns, segundo o relato dos profissionais:

Não vem em tempo hábil. [...] De prazo que já tinha se acabado, como convocação pra reunião. (Amarílis)

Ela chega inteira, mas no tempo certo ela não chega. Às vezes tem um curso pros médicos, quando eles vêm o curso já passou e a CI chegou. Ou então vamos supor o curso é hoje e a CI tá chegando hoje. (Cattleya)

Segundo Faria, “silenciar ou ignorar o outro são condutas que transmitem uma informação, representam uma comunicação”. (FARIA, 1999, p.138) A autora ao dizer isso transmite que os indivíduos se sentem excluídos por não terem acesso a informação e atribuem significados perante o mesmo. Por haver informações diferenciadas entre os profissionais muitos se sentem prejudicados pela existência do que denominam de “seleção da informação”:

Então ai eles já tão sabendo de uma coisa que nem eu to sabendo que mudou, então assim... Já aconteceu, já houve a mudança e a gente nem ficou sabendo. Então é complicado... (Copo de Leite)

Eu recebo a maioria das coisas que eu tenho que saber nas reuniões do posto, mas aquilo que não é especificamente da minha área, se eu chegar atrasada eu não vejo, se eu esquecer porque não é meu assunto também passa. (Jasmim)

Às vezes chega a informação, não chega pra todo mundo, quando chega, não chega ao mesmo tempo pra todo mundo, não chega ela completa pra todo mundo. Isso é um problema muito sério, porque acontecem problemas, dentro dessa unidade de saúde em decorrência disso. (Lírio)

Um dos problemas identificados mais constantemente no repasse das informações da Secretaria Municipal de Saúde à Unidade Local de Saúde são as informações divergentes são:

É tudo junto, a dificuldade tá assim... Informações desencontradas. Então às vezes tu recebes uma coisa, ai eles ligam dizendo já outra [...] a secretaria tem uma informação a regional tem outra, então são informações desiguais. (Copo de Leite)

Nem sempre chega e quando é verbal às vezes é distorcida, não com o conteúdo exato ou o que se pretendia passar, o objetivo, não é claro. (Orquídea Wanda)

Um outro exemplo de informações desencontradas foi citado por Lírio, segundo seu relato durante certo período eles ficaram sem atendimento do médico Pediatra, então recebeu a orientação de que deveria enviar as crianças para atendimento em Unidades de Saúde mais próximas, pois estavam estariam cientes do problema. Porém durante um atendimento ficou sabendo que foi criada uma listagem paralela de crianças que aguardariam o retorno desse especialista, atitude que não era condizente com o protocolo de atendimento do município, inclusive porque não havia previsão para a substituição desse profissional:

Não tem que ter lista, porque a gente não é por lista, a gente é por livre demanda, a gente tem agenda. O funcionário do posto que falou pra mim [...] a gente não pode deixar essas crianças na lista de espera. Tem que encaminhar par outra unidade de saúde. Então pêra aí, essas crianças que estão na lista de espera não consultaram? O que aconteceu? Quem fez essa lista de espera? Como que apareceu? Quem mandou fazer essa lista de espera? Entendeu? Quem é que vai decidir qual é a criança que vai entrar ou não entrar nessa agenda? A coordenação ta sabendo que existe essa lista de espera? Porque eu não tava sabendo até esse momento. Isso é uma coisa muito séria, muito grave. Porque se essas crianças estão na lista de espera, estão nessa lista há quanto tempo? Porque não foi encaminhado para um pediatra? Pelo Programa Capital Criança até um ano a criança tem que consultar mensalmente. (Lírio)

Assim como no caso acima, as informações inconstantes são igualmente mais observadas nas informações oriundas do nível central:

[...] chegou uma informação que era pra fazer uma capacitação. Ai eu liguei pra lá pra saber onde vai ter a capacitação? ‘_ Ah não, não vai ter mais’ [...] Ah, muda tudo, foi cancelado, não é mais... (Copo de Leite)

...uma hora eles querem uma coisa e na outra hora eles querem outra e na outra hora eles falam outra... Então a gente realmente nunca sabe o que eles querem. Não sei [...] Não é o prazo em si. No caso não é o prazo, é que eles mudam muito, daí esse prazo se torna pequeno, porque até entender o que eles querem. É a mudança, a mudança excessiva. (Margarida)

[...] quando eu cheguei aqui tinha no monitor do computador, Rx Periapical mandar para a policlínica, depois mudou [...] Aí mudou e não foi passado, aí depois de muita confusão a coordenadora falou não é a gente que marca, depois mudou de novo. A gente acaba se informando com o paciente. (Rosa Amarela)

Embora alguns refiram que as informações são satisfatórias, é considerada por muitos como não sendo suficientemente compreensivas. A questão da compreensão das informações é vista tanto no nível central como em nível local, no entanto, maiores repercussão são

identificadas quando as informações são repassadas de maneira não compreensivas dentro da unidade:

E às vezes não é muito bem explicado, às vezes não é explicado a lógica do fluxo. Quando você entende a lógica de um fluxo você dá uma orientação mais fácil pra pessoa.[...] Se você entende o porquê, entende a lógica do fluxo, então você tem interesse ou você vai guardar de uma forma diferenciada aquela informação. [...] e muitas vezes o funcionário não conhece a lógica [...] como é que você vai dar um informação pro usuário? (Jasmim)

Teixeira (1997) faz uma referência quanto a importância da compreensão e do processo dinâmico e intersubjetivo em que esta é construída:

O sentido não é um “conteúdo de consciência”: remete a certas operações realizadas por emissores e receptores, que podem ser reconstruídas a partir das próprias mensagens, e expressas num modelo. [...] O “sentido” que transmite (uma mensagem ou uma ação) está determinada por suas regras de codificação. Estas regras não se manifestam nunca na própria ação; é necessário reconstruí-las a partir da ação. (Teixeira, 1997 apud VERÓN, 1970, p. 24)

5.3 Interferências e conseqüências produzidas pelos entraves e dificuldades do fluxo de informação

“As aceleradas mudanças do saber e da técnica, somadas à angústia do confronto com objetos complexos e com carência plurais, como o homem que solicita o *serviço*, empurram o trabalhador para a tecnificação e adaptação ao esquema lógico”. (RAMOS, 1999, p. 108) Essas “mudanças” que acontecem no serviço em saúde, referida pela autora, interferem no serviço dos profissionais de diversas maneiras:

Às vezes uma modificação de uma rotina, uma coisa que não chega até você, ou da forma adequada ou como deveria ser, ou novos procedimentos. Isso prejudica você no dia-a-dia, porque você acaba não fazendo o que eles esperavam que fizessem, ou você continua

fazendo de uma forma antiga ou de uma forma que era anterior à coisa. (Orquídea Wanda)

Um dos profissionais relatou que os entraves nas informações interferem pouco no seu trabalho, devido o mesmo estar pouco relacionado ou dependente do fluxo de informações da unidade em si:

Olha no meu trabalho em si muito pouco. Muito pouco porque tem um fluxo próprio muito bem determinado então interfere pouco. (Jasmim)

Os demais profissionais mencionaram que as mudanças nas informações, como as próprias informações inconstantes, repercutem em alterações do planejamento, no atraso do serviço e em diferentes aborrecimentos e desgastes.

Interfere diretamente. Interfere no fluxo, no planejamento, nas ações, interfere no tempo. Porque às vezes a gente programa uma determinada ação pra um período, um tempo... Uma determinada data, aí complica... A agenda, não chega na determinada data ou então cancela tudo... Não é mais aquilo... Muda tudo. (Copo de Leite)

Ela pediu pro outro dia, não sei se vocês lembram? Daí fica muita correria, a gente faz tudo na pressa (mas daí tu deixa de fazer algumas coisas que tu já tinha planejado em função disso?). Naquele dia por exemplo eu fiquei fazendo o cadastro de madrugada. Não fiz algumas visitas que tinha planejado no dia... porque tinha que fazer, tive que sentar e até entender... (Margarida)

Percebe-se também perdas de oportunidades, como a impossibilidade da participação dos profissionais em eventos, como se segue em suas falas:

Já ouve a questão de erros em termos de curso, de deixar de ir a algum curso por falta de informação, da informação não ter chegado a tempo hábil. (Girassol)

[...] eventos é um exemplo que atrapalha porque, tu acabas perdendo a oportunidade de participar de alguma conferência, de alguma coisa assim, ou às vezes de atender alguma exigência da secretaria em tempo. (Orquídea Wanda)

Isso porque uma nova informação requer uma nova “adaptação”, assim como requer tempo para que o profissional assimile e execute a nova tarefa:

...é uma coisa que leva tempo, tu tem que se adaptar de novo [...] Eu acho que a mudança é a dificuldade e quando eles mudam, eles querem muito rápido. (Margarida)

Os casos de informações que chegavam à unidade ou são repassadas para os profissionais sem tempo hábil é uma das dificuldades que ocorrem para os funcionários que mencionaram casos de memorandos de reuniões com apenas dois dias de antecedência, interferindo em sua programação e até para os usuários, que saem prejudicados no caso de desmarcação de consultas previamente agendadas:

[...] às vezes chega depois do fato já ter acontecido, quando chega por malote é bem comum acontecer, ou vem um dia antes, ou chega às vezes até depois. (Girassol)

São comuns as reclamações quanto ao fato de profissionais terem deixado de participar de cursos por não terem sido informados que a prefeitura havia pagado a inscrição ou de pagarem e depois terem seu dinheiro devolvido:

Já teve coisa de eu chegar fazer a inscrição e depois no meio do dia chegar gente da prefeitura e avisar que eu podia ir lá pegar o cheque de volta. Porque às vezes a gente fica... ‘ _ Ah porque a prefeitura não fez. ’ Daí tu vai lá e faz. Mas tu vê, é tudo coisa de informação, a prefeitura já tinha feito e tudo mais, mas não tinha feito uma comunicação, não foi feito nenhuma coisa. (Jasmim)

Sendo que as dificuldades presentes no fluxo de informação ocasionam diversos impactos no serviço, como é referido pelos próprios funcionários:

Isso interfere muito no serviço porque eu faço de um jeito e eu não to aqui o dia todo, eu não to aqui todos os dias, teoricamente. E um outro funcionário vem faz de outro jeito, completamente diferente. Isso balança a credibilidade com a comunidade. Não porque a outra menina disse pra mim que fazia. Não porque eu vim aqui e a menina disse pra mim que eu ia conseguir. Esse tipo de coisa é muito complicado. Interfere muito no serviço porque não tem uma padronização da atividade. Não tem um controle. (Lírio)

Depende porque eu acabo não podendo dar o melhor de mim [...] porque os funcionários saem daqui reclamando por um atendimento não adequado, acaba me estressando porque o paciente tá me pedindo uma coisa que eu não posso dar pra ele. Eu acho que fica ruim pros dois lados pra mim e pra ele. [...] vai ser ruim pra imagem do posto, vai ser ruim pra saúde pública, vai ser ruim pra não sei quem... que ele vai informar, pro vizinho porque ele vai falar mal do posto. E sabe que vai ganhando proporção... (Rosa Amarela)

Pode-se observar na fala citada abaixo que a falta de esclarecimentos sobre os assuntos tratados nas reuniões de equipe e sua importância para o serviço, fazem com que alguns se sintam sobrecarregados além desconfortáveis com a forma de organização do trabalho. Isso porque acabam percebendo-se apenas mão de obra “braçal”, não tendo suas reivindicações escutadas ou, quando ouvidos, não recebem o retorno do que foi decidido nas reuniões:

Incomoda muito porque quer trabalhar chega e trabalha [...] Chega, tu tem que fazer isso, isso e tu tem que fazer. Tu tem que dar conta e tu tem que fazer. Agora o que tem por traz de todas aquelas reuniões [...] eu não sei. (Gérbera)

Na fala a seguir existe um desabafo em relação ao tratamento recebido nos níveis gerenciais superiores à unidade de saúde

Gente como é que vai funcionar, se tu não ampara teus funcionários? Eles não dão atenção, não tão nem lá pra escutar. [...] Não sentam

nem pra escutar o que o funcionário tem pra falar. É terrível e esta bem assim mesmo. (Gérbera)

A deficiência no repasse das pautas discutidas em reuniões gerenciais ou de categorias profissionais responsáveis por determinadas articulações de ações em saúde, pode causar uma impressão negativa aos demais profissionais, levando á sentimentos exclusão dentro da sua equipe.

Que tivesse menos desigualdade entre superior e nível médio, porque a desigualdade é muito grande, continua mandando só o nível superior e o nível médio são trabalhistas (executores), o nível superior manda, é assim. Acho que não devia ter mais desigualdade. (Gérbera)

As relações de poder podem ter impacto tanto positivo, conseguindo fazer com que os colaboradores sintam-se parte importante na organização e com isso atuar de forma coordenada com seus dirigentes, unindo esforços no cumprimento de metas estabelecidas ou podem produzir um impacto negativo criando um espaço de pouca comunicação e cooperação, fazendo com que as relações de poder, quando mal administradas tornem-se um problema em potencial, para o serviço. Segundo Claus 2005 apud MOTA 2001:

[...] os dirigentes devem conhecer as dimensões formais e previsíveis do processo decisório organizacional, ou seja: as formas de divisão e especialização do trabalho, bem como de distribuição do poder e autoridade para melhor utilizar recursos hierárquicos e de poder; a maneira de captar, processar e analisar informações externas e internas para melhor agir na formulação de políticas, de estratégias organizacionais e na solução de problemas; as alternativas de definição de processos seqüenciais interdependentes que levem ao alcance de resultados, para poder atuar na coordenação e no controle; e, as formas comportamentais humanas – individuais e grupais que se estabelecem em uma organização de trabalho, para saber quais ações gerenciais produzem respostas comportamentais mais adequadas. (Mota, 2001 apud CLAUS, 2005, p. 24)

Os aspectos destacados nas falas acima podem ser considerados reflexos das questões históricas do trabalho em saúde, uma vez que modelos anteriores de administração como Fordismo e Taylorismo, pregavam o autoritarismo e a fragmentação da mão de obra como forma de gerenciamento mais adequado. Segundo Paulino (2001):

A introdução de novos métodos e paradigmas de gestão e organização da produção, especificamente das técnicas conhecidas como toyotismo – ou, como prefere Benjamin Coriat, ohnismo, referindo-se às técnicas introduzidas no Japão por Taiichi Ohno, engenheiro da divisão Têxtil da Toyota, nos anos 50, no pós-guerra –, vão desencadear maiores ganhos de produtividade na indústria, à medida que são métodos radicalmente diferentes do taylorismo/fordismo, pois têm como princípios a automação e a auto-motivação. Os princípios do método japonês baseiam-se na horizontalização da produção, na desespecialização e polivalência da mão-de-obra operária. (PAULINO, 2001, p. 03)

A autora ainda cita CORIAT (1994), que relata como ponto principal deste novo paradigma em relação ao Taylorista norte americano, é a desespecialização dos trabalhadores, valorização dos saberes, tornando mais amplo seu campo de atuação. Ainda salienta que a via taylorista tinha como objetivo “atacar o saber complexo do exercício dos operários qualificados, a fim de atingir o objetivo de diminuir os seus poderes sobre a produção e de aumentar a intensidade do trabalho”. (Paulino, 2001 apud CORIAT, 1994, p. 53)

Trazendo essa problemática para o campo da saúde pública, pode-se perceber mudanças significativas entre o modo anterior de fragmentação do trabalho e ao atual que prega a agregação de saberes e o trabalho em equipe. Porém, ainda se faz necessário um maior investimento no conceito de equipe de saúde, na forma de contratação de profissionais e no gerenciamento dos serviços.

Saar e Trevizan (2007) consideram o “trabalho em equipe importante, porém, difícil. É visto como uma maneira de dividir as responsabilidades e de se alcançar mais rapidamente a recuperação da saúde do paciente”. As autoras colocam que isso requer uma padronização das atividades e a comunicação entre os profissionais, permitindo atitudes coerentes e a troca de experiências não somente com o objetivo de articular ações, mas também como forma de adquirir novos conhecimentos através do dialogo profissional.

5. 4 Fatores intervenientes - que participam da produção destes entraves

5.4.1 Organização do trabalho/gerenciamento

Nogueira (1996), ao abordar “a tensão entre valores que se manifestam na oposição entre estabilidade e flexibilidade no que concerne ao emprego em saúde”, nos diz que esta é influenciada pelas “políticas de recursos humanos em saúde”. (NOGUEIRA, 1996, p. 428)

Segundo a autora, esta mesma política que sofreu interferências nos anos 80 decorrentes “de um movimento a favor do igualitarismo no SUS, como as lutas pela isonomia salarial [...] e pela estruturação de planos de cargos, carreiras e salários para todos”, e que foi marcada por um período de “renovação e instabilidade” nos anos 90, em decorrência de vários fatores como o “redirecionamento do conjunto da sociedade brasileira diante da globalização e das mudanças recentes ocorridas no chamado mundo do trabalho” e “o amadurecimento das práticas de governo nos diferentes níveis do SUS”; apresenta na atualidade “uma tensão entre estabilidade e flexibilidade”. (NOGUEIRA, 1996, p. 427-428)

A estabilidade, como o “núcleo permanente da carreira” e a contratação dos funcionários através do “concurso público”, por exemplo, é importante para a autora, porque a “continuidade de direção exige a existência de um núcleo permanente de funcionários, dedicados a funções estratégicas para o alcance da missão institucional.”

...a carreira serve diretamente à conservação das diretrizes políticas e à persistência de propósitos, que, por sua vez, esperadamente, devem inspirar-se na missão institucional. Por isto, as organizações públicas ainda precisarão contar com algum mecanismo permanente de vínculo e ascensão de seu pessoal, especialmente para os escalões que exercem função de gestão, mas também para variados tipos de pessoal técnico e auxiliar. (NOGUEIRA, 1996, p. 432)

Porém ao mesmo tempo a autora defende que outras formas de contratação sejam adotadas, de acordo com a necessidade de cada instituição, para garantir a flexibilidade do emprego e do trabalho. Sinalizando para o mesmo a flexibilidade, “obtida por contratos temporários, pela terceirização e pela cooperativização” entre outras, “constitui em si algo motivante e necessário à ação coletiva na definição dessas políticas”, necessária devido ao “dinamismo do mercado de trabalho” e do avanço das tecnologias, significa encontrar formas de colocar prontamente a pessoa certa no lugar certo para garantir a satisfação do cliente e

permitir a própria reprodução da instituição diante das forças do mercado e das tecnologias modernas. (NOGUEIRA, 1996, p. 434)

Contudo como saída, a autora defende que a tensão existente na atualidade “deve se expressar por ajustes contínuos, que são movidos por uma sensibilidade política às circunstâncias de cada ambiente de trabalho”:

Regras de flexibilização do emprego têm de atuar ao lado de regras de estabilização. Da mesma maneira, objetivos de exigência de qualificação do trabalhador têm de ser mantidos em conjunto com o objetivo de ampliação do espaço de emprego para pessoal não-qualificado. Portanto, as novas políticas são chamadas para gerir tais diferenças que são reais e patentes, sendo seu papel justamente o de compatibilizá-las com os fins e os princípios do SUS. Somos agora obrigados a regular as diferenças, sem ter mais a pretensão de liquidá-las. (NOGUEIRA, 1996, p. 434)

Segundo Lourenço et al. (2005), implantação do SUS e, principalmente, a descentralização têm encontrado dificuldades, pois este modelo exige uma maior autonomia e responsabilidade dos municípios na gestão dos serviços de saúde. Assim este processo tem esbarrado na falta de preparo das equipes para assumirem funções gerenciais e de liderança. Considerando que anteriormente ao SUS as decisões eram de âmbito federal, podemos afirmar que função de gestor municipal, como articulador de ações em saúde, é relativamente nova, assim, existe a necessidade de serem reavaliadas as formas de gerenciamento dos serviços e a capacitação de seus profissionais. Essa realidade foi evidenciada por alguns entrevistados que ao descreverem o processo de chegada da informação desde a Secretaria Municipal, Regional de Saúde e a Unidade Local de Saúde, apontando como fator que interfere nesse fluxo negativamente a deficiência nas capacitações de profissionais, tendo como um dos pontos principais o gerenciamento.

Fracolli e Egry (2001), em relação as diversas dificuldades de concretização do processo de descentralização administrativa, citam a falta de preparo técnico e econômico dos municípios para assumir suas funções gerenciais, o interesse das burocracias do setor público que, com a descentralização, perdem o manejo e a capacidade de influência político-clientelista sobre a saúde e a falta de políticas públicas de financiamento adequadas.

Durante o grupo focal os participantes contribuíram, referindo atraso da chegada dos informes e que muitos exigiam resposta imediata; dificuldades em relação à linguagem difícil ou pouco compreensiva dos comunicados. Também foram discutidas as consequências desses

entraves para o serviço, sendo mencionados apenas consequências negativas e de prejuízo para o trabalho. Quanto aos fatores intervenientes do processo, o mesmo foi bastante discutido sendo enumeradas várias causas como: a rotatividade de funcionários; contratos de trabalho temporário e capacitação insuficiente; a centralização da informação onde um único funcionário retém a informação de determinado serviço para si; e a falta de uma sistematização adequada do serviço.

Esse tópico foi bastante polêmico, pois envolvia várias situações vivenciadas pelos profissionais, alguns apontaram como principal problema a falta de um sistema adequado que permita um padrão de atividades a serem desenvolvidas. Um profissional mencionou como exemplo a falta de uma listagem fidedigna dos medicamentos fornecidos pela rede municipal, citando como agravante o fato dela ser informatizada, porém não atualizada. Outra pessoa questionou a descentralização da rede municipal, pois na sua concepção não é eficaz, devido ao excesso de fragmentação.

Existe, segundo Faria, uma “pobreza em recursos humanos, para dar conta de questões mais abrangentes e determinantes”. (FARIA, 1999, p. 147) Essa questão é bastante evidente nos relatos como sendo um fator agravante das dificuldades existentes no dia-a-dia do serviço: falta de treinamento; insuficiência de reuniões; insuficiência da participação; lentidão para soluções e respostas; falta de planejamento.

Na concepção de Nogueira (2003), a missão da instituição pública corresponde, aos interesses públicos a que ela deve servir. Esta não se esgota na definição formal dos objetivos que a instituição deve cumprir, mas, deve ser compreendida na qualidade de uma esfera ética e política, dentro da qual se tem objetivos ligados a valores organizacionais e sociais. Para cumprir seus objetivos, a instituição pública deve contar com uma rede adequada de recursos humanos envolvida com a instituição. Segundo o autor, a gestão de recursos humanos tem por finalidade regular os componentes do sistema pessoal como carreiras, desempenho, qualificações, contratações e assim por diante. Para alcançar essa finalidade, a mesma deve estar presente em todos os níveis de hierarquia, que por sua vez deverão relacionar estratégias que, condizentes com a necessidade de recursos humanos, define mecanismos de contratação, capacitações, avaliações de desempenho, dentre outras. Sendo que o departamento de recursos humanos tem a função primordial de dar suporte aos diferentes níveis transversais de administração, para que consigam gerir de forma descentralizada, porém, eficaz a necessidades pertinentes aos recursos humanos. Dentro desta concepção temos o seguinte quadro:

Figura 8 - A Gestão de Recursos humanos como Mediadora entre o Sistema de RH e os Componentes da Esfera da Missão

Sistema de RH	- Gestão de RH -	Esfera da Missão
Descrição de Cargos Planejamento de RH Desenho de Carreiras Recrutamento e Seleção Regras de Remuneração Desenvolvimento de RH Relações de Trabalho Código de Ética	Processos de Cooperação Processos de Negociação  Dirigentes Funcionários Assessores de RH Departamento de RH	Metas Estratégicas Visão de Futuro Valores Organizacionais Qualidade dos Serviços Participação dos Clientes Responsabilidade Transparência

Fonte: Nogueira_R.P. **Recursos Humanos como uma Função Política de Regulação**. capturado em 2003, p. 02.

Nesse prisma, a gestão de recursos humanos cumpre um papel político de regulação, porque obedece aos requisitos legais e de justiça em face da missão institucional e também porque os recursos humanos passam a ser mobilizados e dirigidos conforme a necessidade da instituição.

Em relação a essa problemática foi possível observar tanto nas entrevistas quanto no grupo focal, relatos de falta de recursos humanos, sendo este o principal problema apontado pelos colaboradores do serviço. Segundo relatos, os contratos de trabalho temporário (dois anos de contrato), estão entre os principais problemas por dois motivos, o primeiro está relacionado ao prazo de tempo curto de permanência do funcionário na instituição e o segundo relacionado com a capacitação, uma vez que depois de adaptado e capacitado para o serviço, acaba tendo que ser desligado da instituição pelo término de contrato. Nessas situações a unidade acaba sendo desfalcada em relação a esse profissional e muitas vezes fica por longos períodos “negociando” a vinda de um próximo.

Essa demora na reposição de profissionais gera um outro problema além da falta do profissional e de serem “perdidos” os investimentos feitos na sua capacitação para o serviço, a terceira problemática está relacionada ao acolhimento do novo profissional pela equipe, que sobrecarregada pela demanda de atendimento acaba por não encontrar condições adequadas, para ofertar treinamento ou capacitações em relação aos serviços prestados por sua unidade de trabalho.

Não tinha quem treinar porque não tem funcionário. Como é que vai treinar. O treinamento é ali ... (Rosa Amarela)

Nogueira (2003), avalia o sistema de recursos humanos com os componentes de uma missão em que se destacam:

a) **processos de cooperação**, com destaque para o trabalho em grupo, que ajuda a identificar problemas, propor e implementar ações corretivas; b) **processos de resolução de conflitos ou de negociação**, a fim de poder estabelecer acordos em função de interesses coletivos dos trabalhadores. (NOGUEIRA, 2003, p. 03)

5.4.2 Características relacionadas ao desempenho profissional

PIRES, citado por Souza e Padilha (2002, p. 24) refere que “as instituições não promovem reflexões sobre o processo de trabalho em saúde, não trabalham com planejamento e não tem como prática a participação no pensar e p no organizar o trabalho.” Uma dificuldade relatada pelos profissionais é a hierarquia:

Tem coisa que passa direto, não tem nem essa questão da hierarquia, ela passa por cima. (Lírio)

O fato de a hierarquia ser vista como um entrave está diretamente relacionado ao trabalho em equipe, uma vez que se este princípio do trabalho em saúde fosse efetivamente vivido, de modo articulado e coordenado, todos teriam o acesso as informações de forma igualitária e, assim, poderiam embasar suas ações particulares em dados confiáveis e acessíveis. O trabalho em equipe, segundo Trevisan (2007), é considerado importante, porém, difícil. É através dele que é possível dividir as responsabilidades e de se alcançar mais rapidamente a recuperação da saúde do paciente.

A autora enfatiza que cada profissional tem uma percepção diferente da situação, e a “união” das diferentes percepções facilita a compreensão do todo, permitindo vislumbrar o paciente na sua totalidade. Assim o entrosamento entre os profissionais evitaria tropeços. Dentro dessa concepção o trabalho em equipe é considerado como uma fonte de aprendizado,

por permitir o contato com outras experiências através do diálogo profissional e das discussões de casos.

A partir dos depoimentos dos entrevistados percebe-se que as informações não são repassadas de forma homogênea para os membros da equipe participantes dessa pesquisa, ocorrendo uma transmissão fracionada dos informes, que acaba por acarretar perda ou distorções em sua mensagem.

[...] como a informação chega aqui na unidade, porque às vezes chega um memorando, esse memorando vai direto para sala da coordenação, a coordenadora lê e repassa pra uma, ou duas, ou poucas pessoas, essa informação não é repassada pra todo mundo. Ou então às vezes a documentação chega e vai por mural não é avisado, olha tem bilhete no mural. Não chega pra todo mundo por igual. (Lírio)

Nesse trecho Lírio delineia um nó no fluxo de informações, o repasse feito apenas a alguns membros da equipe, privando outros do acesso à informação. Essa dificuldade também é mencionada pela Tulipa que relata que isso leva aos funcionários a fazerem um repasse paralelo de informações. Essa prática muitas vezes leva ao erro, pois como não são repassadas a todos ao mesmo tempo ou pela mesma pessoa, cada um transmite aquilo que entendeu como correto, produzindo distorções e a perda de dados relevantes.

[...]passa de funcionário para funcionário. Quando tu falas pra um e tu falas pra outro, se for a mesma pessoa a dar a informação pra todo mundo sai uma informação mais correta [...] o outro pode ser que encaminhe ou tenha algum desvio, informação errada, aí é bom alguém passar a informação pra todo mundo ou por um papel mesmo porque daí a informação é a mesma. (Tulipa)

Outro ponto importante que surgiu no relato dos profissionais é a fragmentação dos informes relacionado as diferentes classes profissionais presentes na equipe. Segundo dados levantados ocorre uma filtragem excessiva das informações, o que pode demonstrar um

desconhecimento parcial das atividades de cada profissional e o que seria relevante para o desempenho de suas atividades.

[...] vem geralmente por fax e esse é encaminhado pra a coordenadora. Aí o que a coordenadora acredita que seja importante que seja passado pros médicos aí ela passa; o que deve ser pro administrativo, enfermagem e estagiários ela geralmente coloca no mural, mas, nem todas as pessoas olham no mural. (Rosa Amarela)

Trevizan (2007) coloca que nem todos os profissionais conhecem o papel, a função ou a competência de seus colegas de equipe. Em seu estudo foi mencionado uma disputa pelo poder e também um medo de perder espaço e status profissional, bem como a existência de “feudos” profissionais difíceis de penetrar. Também foi relatado um precário diálogo entre os profissionais, o que dificulta as inter-relações entre os membros da equipe e indicam a falta de espaço adequado para realização de reuniões ou encontros. Este tipo de problema não é exclusivo do trabalho em determinados tipos de serviço e as críticas também são dirigidas ao próprio desempenho e atitude de indivíduos e grupos.

O que às vezes também acontece é a falta de respeito com os funcionários. Que a gente tem acompanhado por parte do povo, por parte dos próprios colegas de trabalho, dar mais razão ao trabalho do outro, uma falta de coleguismo, falta de sentido de equipe mesmo. Como nos não fazemos parte da equipe de PSF, tem ações que a gente fica dentro e fora, a gente até poderia estar auxiliando aqui e a gente acaba ficando de fora porque não tem muito como chegar [...] Então eu acho assim que o trabalho de organização local com planejamento facilitaria bastante pra nós como funcionários de fora da equipe, como até dentro da própria equipe. (Girassol)

Assim podemos reafirmar o pensamento de Trevizan (2007), de que os profissionais mostraram-se desejosos de que haja melhor definição de propósitos para o trabalho e melhor entrosamento entre os membros da equipe. Entende-se por equipe não só aquela composta pelos profissionais do programa saúde da família, mas todos os profissionais que compõe o processo de trabalho como técnicos administrativos, auxiliares de enfermagem, psicólogos e

demais profissionais que fazem atendimento de especialidades e estão alocados na unidade de trabalho.

Outro ponto de vista importante foi levantado pela coordenação do serviço que, como os outros profissionais, relatou receber informes desiguais entre a secretaria municipal e saúde e sua respectiva regional; também relatou que o excesso de informações que chegam à unidade de saúde faz com que se torne necessário uma pré-filtragem dos informes para evitar sobrecarga dos profissionais e estes por sua vez acreditam que ocorra uma concepção errônea do que deva ser transmitido ou não.

Sabe-se que é de responsabilidade da coordenação dos serviços de saúde receber grande parte dos informes e repassá-los a sua equipe de trabalho, assim como organizar o serviço, traçar estratégias, articular ações e motivar a equipe. Para desempenhar essa função foi criada em 1998 a função de Gerente de Unidade Básica de Saúde, cuja missão era conduzir técnica, política e administrativamente os processos de trabalho.

[...] apostou em processos desenvolvimento gerencial que possibilitassem a esses profissionais - trabalhadores em saúde e de diferentes categorias profissionais (em nível de graduação) - estar suficientemente instrumentalizados para o alcance dos resultados desejados. (CLAUS, 2005, p. 35)

Relacionado a esse novo tipo de gerenciamento temos a gestão consensual, colegiada que se contrapõe a gestão o autoritária, porém ao mesmo tempo em que abre espaço à uma maior participação dos colaboradores, precisa articular ações que os levem a ter a compreensão que também são responsáveis diretos pela dinâmica do serviço de saúde.

Esse tipo de gestão exige do dirigente um comportamento gerencial que: reconheça o papel central dos profissionais (como sujeitos sociais) e ao mesmo tempo tenha mecanismos para evitar os efeitos não desejados da autonomia da prática profissional e do corporativismo; enfatize a definição e adoção de mecanismos de tomada de decisão que envolvam os profissionais tanto de nível da formulação dos objetivos e das orientações gerais, quanto à avaliação dos resultados; pressuponha que os profissionais trabalhem não por obedecerem às ordens, mas por responsabilidade. (Claus, 2005 apud Cecílio, 1994, p. 34)

O gerenciamento em todas as esferas do serviço de saúde é fundamental para articular ações e com isso atingir os objetivos almejados. Para isso o gerente deve ser capacitado para reconhecer prioridades, traçar estratégias e implementá-las, junto a sua equipe.

Capacitar gerentes para o trabalho gerencial em saúde significa muito mais do que elencar-lhes as competências que devem fazer parte do seu perfil. Exige o desenvolvimento de competências específicas que permitam aos profissionais: tomar decisões individuais e em equipe; liderar com segurança; organizar o trabalho de forma a colocá-lo a serviço dos usuários do sistema de saúde; planejar ações profissionais em saúde; utilizar ferramentas e tecnologias gerenciais, entre outras. Competências que, quando desenvolvidas, permitem a melhoria dos índices de resolutividade do trabalho em saúde, revertendo na melhoria da qualidade de vida das populações. (CLAUS, 2005, p. 120)

Faria destaca os conflitos existentes na esfera organizacional do cotidiano dos serviços de saúde, ao ressaltar que “é possível que o organizador responsável pelos Serviços de Saúde tenha objetivos mais científicos, mais técnicos (...) os tempos curtos, as ações precisas, os diálogos poupados, as prescrições inquestionadas são movimentos corriqueiros nos Serviços de Saúde”. (FARIA, 1999, p. 147)

O processo comunicacional usual, através de normas e rotinas, delimita espaço de poder entre os profissionais reduzindo a possibilidade de haver uma confluência de interesses que tragam benefício. (SOUZA e PADILHA, 1999, p. 25)

Podemos observar que a dificuldade no fluxo das informações não é algo unilateral, ocorre em todas as esferas do serviço, cabendo uma indagação a ser feita: Será que os profissionais conhecem e reconhecem as dificuldades encontradas por seus colegas?

Essa discussão seria importante para que a partir dela sejam construídas propostas que efetivamente contribuam para o relacionamento e a troca de informações entre os membros da equipe. “O entrosamento entre os membros de uma equipe tem relação direta com as metas da instituição na qual trabalham e com o tipo de tarefa que se propõem desenvolver”. (Trevizan, 2007 apud CATROPA, p. 06)

Algumas dessas dificuldades, ou características, foram relacionadas ao próprio desempenho profissional:

Comodismo falta de interesse e às vezes mesmo falta de conhecimento. Comodismo no sentido de passar a informação, mas a pessoa ta acostumada a fazer daquele jeito eu sempre fiz assim e vou continuar fazer assim. Falta de interesse de se atualizar, de interagir mais [...] de repente assim vai ser melhor ou vamos tentar, se ficar pior a gente volta da maneira anterior. As pessoas estão acomodadas até porque, mesmo sendo uma equipe nova, que ta há um mês, três meses, seis meses nesse posto, são pessoas que já tem quinze, vinte, trinta anos de serviço em unidades de saúde e a falta de conhecimento do que isso ta causando no serviço da equipe como todo. (Lírio)

Eu acho que falta não só assim o comodismo das pessoas, a falta de informação de que se eu não passar essa informação pra todo mundo, vai dar problema depois, vai ter consequência. Algumas pessoas não estão se situando de que isso pode acontecer. (Lírio)

Nunca é convocado funcionário pra uma reunião, eu não. Nem treinamento eu não tive mais. Num treinamento que foi de uma BCG fui de metida, eu vou fazer minha inscrição e vou. Nunca chegou assim - tu tem um treinamento pra isso. O que eu aprendi foi dentro do posto, nunca fiz em lugar nenhum. Se isso vazar vão dizer ela é uma mentirosa, mas se vocês forem pra secretaria vão dizer que é mentira porque eu sei que tem... (Gérbera)

Falta de treinamento. Ta faltando aqui, como a gente já discutiu ontem, tempo e recursos humanos mesmo. Faltam mais pessoas. (Íris)

[...] jogou um monte de coisas do sistema pra mim [...] Não tinha quem treinar porque não tem funcionário. Como é que vai treinar. (Rosa Amarela)

Outro fator citado foi a existência de falta compromisso de alguns dos funcionários, mais especificadamente daqueles que estão trabalhando há um certo tempo:

Pessoas sem compromisso, sem compromisso com o trabalho, sem responsabilidade. Estresse mesmo. Tem aquelas pessoas que já estão assim há muito tempo, já tem que ter uma capacitação, uma motivação, já estão muito tempo desmotivadas, muito tempo na rede. (Copo de Leite)

Na unidade de saúde, a divisão do trabalho centrada em tarefas específicas, pertinentes à área de atuação de cada profissional, torna as relações entre os funcionários superficiais, conflituosas e, até, inexistentes do ponto de vista de significados afetivos e humanos, criando uma “separação”.

A equipe constituída por diferentes disciplinas, as quais visualizam um mesmo objeto mas se voltam cada qual para sua área determinada, sem articula-se com as demais, é típica de equipes de trabalho em que há uma associação sem que haja uma inter-relação específica. Essas divisões na equipe são igualmente percebidas por um outro entrevistado, ao não concordar que alguns profissionais da equipe não participem da reunião do posto:

Do posto não, o que eu já acho errado. E tem postos que eu sei que todos participam. Eu acho meio que uma divisão ter uma reunião separada. É importante. (Margarida)

Segundo Rocha (2005, p. 04), “a comunicação é fundamental no trabalho em equipe, na medida em que a interação dos profissionais e das ações, bem como a integração dos saberes, ocorre mediada simbolicamente pela linguagem”, tornando possível uma inter-relação entre os profissionais pela troca de saberes e opiniões, a tomada de decisões em conjunto, visualizando o interesse comum.

Para uma equipe se estabelecer como equipe interdisciplinar, precisa haver uma correlação entre as disciplinas, sendo importante o estabelecimento da comunicação como pré-requisito para que haja compreensão entre seus integrantes. A falta de meios ou de estratégias que favoreçam a relação entre os profissionais e permitam a integração da equipe acabam repercutindo em uma das dificuldades existentes para a constituição de uma equipe interdisciplinar:

As reuniões deveriam ser mensais, a gente tá percebendo que isso ultimamente dentro da unidade não tá sendo seguido, a gente ficou vários meses sem reuniões. Eu acredito que tenha acontecido nas diversas unidades e era uma oportunidade pra a gente tá atento pras coisas que estão acontecendo... Então a falta desse espaço de comunicação também prejudica. (Girassol)

Um outro entrevistado aponta outra dificuldade na constituição de uma equipe integrada, o não comprometimento de alguns funcionários com o trabalho que lhe é pertinente:

Eu não digo especificamente aqui, mas tem pessoas que não tem o comprometimento com o trabalho. É estagiário... Porque tem estagiários e estagiários. Tem, nós já recebemos aqui na nossa unidade estagiário surfista, Que não estão nem aí... Entendeu? Sem capacitação sem nada. Eles simplesmente vêm aí, vão trabalhar, vão receber e tal, eles não tão nem aí. (Copo de Leite)

Tem coisas que não é treinamento. Tem coisa que é consciência, é responsabilidade. Nós temos funcionários nossos aqui que dão remédio sem receita. Eu acho que vocês até sabem disso. Quer dizer, não é capacitação, não é protocolo, não é nada. (Copo de Leite)

Merhy (1997), aponta com ênfase que em uma equipe, o que se almeja é a funcionalidade, essa acaba sendo retratada pelo tipo de “arena”, diferenças existentes e *agentes* envolvidos. Esses agentes, enquanto “agentes institucionais coletivos”, são vistos pelo autor como “sujeitos bem-sujeitados” que, apesar de serem “operados”, desejam mudanças e buscam sentido para suas ações.

Por exemplo, essa é uma informação que ninguém tem, eu não sei. [...] Então quer dizer é uma falha na informação que eu podia ter facilmente e agora porque que eu não tenho isso? Porque alguém julgou que eu não precisava saber isso. (Jasmim)

E às vezes essa informação é só pra alguns. Se você for lá perguntar [...] de repente [...] pode até saber [...] mas não tem assim o interesse de disseminar pra todo mundo [...] então eu acho que tem essa coisa da seleção da informação sabe? Essas coisas tinham que ficar em algum lugar acessível a todo mundo, que se eu quiser saber uma coisa dessa eu não tenho onde procurar, eu tenho que ir atrás... pra perguntar... senão ta aí acabou informação. (Jasmim)

Os *agentes* acabam por traçar planos individuais e coletivos em um processo que há falhas, as quais provocam ruídos em cada singularidade e entre todas elas. Isto justificaria,

portanto porque esses *agentes* operam buscando novos caminhos, como *linhas de fuga* do que está sendo estipulado no serviço...

Essas “linhas de fuga” são encontradas nos depoimento dos profissionais que reconhecem que às vezes, embora haja uma ordem natural de realizar certos procedimentos, muitos não são seguidos:

Eu acho que acaba tudo assim de um jeitinho brasileiro sabe, deixa de ser o formal e vai pro lado informal que tu resolve, mas tu não crias um fluxo formal. (Amarillis)

O mesmo é denominado por Vaz et al. como “auto-organização” em que há “ruptura com o determinismo”, considerando que o indivíduo possui uma “consciência ou autoconsciência”, em relação ao mundo que o cerca e “iniciativa” de acordo com sua “percepção”, para atuar na “transformação, subordinada a um determinado fim”. (VAZ et al., 2002, p. 54-55)

Dentro dessa temática, destacamos ainda Ramos (1999), ao afirmar que, com o serviço, o “sujeito” - de “ser tecnológico” - acaba sendo “apêndice tecnológico”. A autora cita Ricouer, ressaltando que “a vontade de compreensão” e a “recusa à adaptação” pode ser um dos fatores fator resultantes, tendo como finalidade:

...combater a “objetivação” pela “reflexão” de compensar a adaptação do homem operário a um trabalho finito, pela interrogação do homem crítico sobre sua condição humana em conjunto e pelo canto do homem poético. A educação, no sentido forte da expressão, não é talvez senão o justo mas difícil equilíbrio entre a exigência de objetivação – isto é, de adaptação – e a exigência de reflexão e de desadaptação; é o tenso equilíbrio que mantém de pé o homem. (Ramos, 1999 apud RICOUER, p. 108)

De forma semelhante Merhy (1997) afirma que essas *desorganizações* existentes no campo da ação não devem ser vistas como *disfunções*, portanto não precisam ser corrigidas e sim consideradas como uma manifestação de *possibilidades de novas intencionalidades*.

5.5 A necessidade de haver mudanças/ propostas e soluções

Ao escrever sobre “o processo comunicacional” nas “intersubjetividades em saúde”, Faria afirma que “a questão da comunicação no âmbito da saúde necessita passar por uma transformação”. (FARIA, 1999, p. 143) Estabelecendo-a como um elemento constitutivo do poder, uma vez que implica na “redistribuição do saber”. (FARIA, 1999, p. 147)

Os serviços de saúde são considerados por Merhy uma “arena de (e em) disputas” assim como “um lugar de produção tanto de relações quanto de bens/produtos”, e não apenas um campo de atividades “só captador e portador da lógica sistêmica e instrumental” ou um modo “fechado de operar” e de produzir resultados definidos. O autor percebe nesses serviços:

...a produção da informação como uma ferramenta analisadora que pode nos auxiliar para agir nos interstícios dos processos instituídos, ao mostrar os “ruídos” do mundo dos sentidos sobre o das significações permitindo a partir deste próprio mundo (o das significações), perceber o ruído “espontâneos” e “naturais” de situações cotidianas singulares, ou mesmo os ruídos “provocados”, com pretensão analisadora, que podem possibilitar possíveis aberturas para processos mais públicos, partilháveis entre os operadores do cotidiano e nos quais se possa, através de uma certa tecnologia, atuar conformando novos sentidos para o serviço, enquanto uma certa arena institucional. (MERHY, 1997, p. 118)

Portanto a informação deve ser vista além de uma ferramenta detentora de “uma lógica instrumental sistêmica”, a qual tem como objetivo apontar somente *funcionalidades* ou *disfuncionalidades*. Trata-se de uma possibilidade de compreender as “necessidades em saúde” e os processos importantes para conduzir “os modelos de atenção”. (MERHY, 1997, p. 118)

De acordo com os entrevistados a informação é fundamental para continuidade e eficácia de seu trabalho e para os serviços em saúde de uma maneira geral:

Acho que diminuiria muito o tempo, também do trabalho... otimizaria esse tempo que tem [...] por exemplo quando a gente tinha as datas marcadas já veio pessoas que vinham na data errada, por que as equipes não passavam. (Amarillis)

É importante porque o serviço da gente depende das informações que a gente passa. (Tulipa)

É muito importante a informação. Se tu não tem a informação correta, você também não pode passar a informação correta. (Íris)

No meu ver é a base de tudo, é fundamental. Um paciente chega no posto, pra pedir uma informação, a pessoa que é responsável por dar a informação não sabe dar a informação. O que ele vai dizer? (Rosa Amarela)

Essa importância da “realização parcial e integral” do processo comunicacional para o alcance do objetivo básica é também abordado no trabalho de por BELTRÃO (1982), citado por Faria (1999, p. 134).

Na experiência em serviço os profissionais vivenciam situações diversas. Buscou-se nos depoimentos dos entrevistados, relatos que trouxessem soluções, a partir de suas vivências como “atores” do serviço de saúde, para os entraves existentes no fluxo de informações por eles relatados:

O concerto é que é o problema... É difícil de apontar condições, mas digamos assim, que cada um deles que está lá no acolhimento, na porta fazendo o acolhimento do usuário, até crescendo, até o nível de secretaria, se cada um, digamos assim, ficasse mais atento e se informasse melhor a respeito de seus próprios deveres ali, já era uma ajuda, já era um começo muito bom. (Orquídea Wanda)

Na fala destacada acima, o acolhimento é considerado um meio que possibilita estratégia e mudanças para melhoria do repasse das informações, para que cheguem de forma efetiva até os usuários de saúde.

O acolhimento além de fazer parte dos serviços em saúde, tem a função também de “primeiro contato” com o usuário numa ação de assimilação de ambos os lados, onde o usuário se reconhece como cliente do serviço, e esse por sua vez reconhece o cliente “com direitos em relação ao serviço realizado”. (MERHY, 1997, p. 129)

A necessidade ou a própria “escassez” de alguns dos “equipamentos” utilizados nos serviços de saúde, são levantados pelos entrevistados, embora que por um menor número, como fator contribuinte para algumas das dificuldades da informação, por ser algumas dessas tecnologias utilizadas para veículo de comunicação:

E o que facilitaria é a gente ter um instrumental adequado, e ter um espaço adequado também. Acho que a aquisição de um espaço mais adequado pra esse tanto de informações. E eu acho que poderia facilitar também assim um livro ou uma coisa assim de comunicação entre os funcionários, principalmente pra que não trabalha nos dois turnos, e às vezes tu precisa deixar uma informação, precisa deixar um recado aí precisa deixar um bilhetinho solto no ar. Eu acho que a pratica dessa... Como já tem em algumas unidades, que no caso tem aqueles livros de registros da parte de um turno pro outro, bem importante. Porque aí eu abro e pude ver o que aconteceu na unidade no período que não é o seu, também é bastante importante. Agendamento também, que a gente não tem. O auditório, a gente não tem assim visualmente, a questão do uso do auditório, que as vezes tem uma reunião aqui com o pessoal da secretaria, então quando eles falam o pessoal já tá aqui. Então tudo facilitaria com alguns instrumentais. (Amarillis)

Sob esse aspecto, para o autor acima referido, há uma noção errônea de que há uma “escassez permanente” na saúde pública, devido a existência destas *tecnologias do tipo leve*, como as relações, o vínculo e próprio acolhimento acima referido, que nunca podem ser consideradas escassos.

O trabalho em saúde não cabe julgar se os equipamentos são bons ou ruins, mas qual razão instrumental os estão constituindo e dentro de que jogo de intencionalidades; cabendo, portanto, perguntar sobre que modelagem de tecnologia do trabalho vivo em ato se está operando, como ela realiza a captura das distintas dimensões tecnológicas, e o lugar que os usuários/ necessidades, como intenção, ocupa na rede de relações que a constitui. (MERHY, 1997, p. 121)

Os próprios *agentes* do serviço de saúde são referidos pelos profissionais como fator imprescindível para a melhora da qualidade do serviço em saúde na unidade:

Então assim... Eu acho que precisaria do que? Primeiro precisaria mais tempo e precisaria de mais pessoas. O que precisaria aqui pra funcionar melhor? [...] eu acho que, não é uma justificativa, não é uma desculpa, eu acho que tudo tá no RH. Porque se eu tivesse os funcionários eu teria alguém pra me ajudar aqui [...] Tendo um fixo ali a gente podia capacitar eles ali. Chamar, explicar direitinho as regras certinhas, é isso, é isso, é isso. Até motivá-los. Fazer, entre

aspas, como se fosse um treinamento. Explicar as normas, as regras, os protocolos. Orientando como é feito isso... A marcação e tal... (Copo de Leite)

Então eu acho que o que poderia melhorar no caso pra não ter mais isso seria de ter mais funcionários. Pra não ficar uma pessoa sobrecarregada, ate porque a própria pessoa não agüenta. (Margarida)

Considerando o exposto acima, destacamos a comunicação como dependente “do contexto” e da “motivação” existentes, não significando, no entanto que não existam “influências recíprocas dos sujeitos”; contudo esta, “ao terminar a interação entre os sujeitos”, também se finaliza. (FARIA, 1999, p. 127) Também destaca que nos processos comunicacionais “há fatores que merecem ser pensados, pois que os mesmos têm impedido que as relações sejam simétricas...” (FARIA, 1999, p. 121)

ALBORNOZ, citado por Souza e Padilha, sinaliza que os “instrumentos e ferramentas são manifestações da racionalidade do ser humano expressando a sua vontade” (Souza e Padilha, 2002 apud ALBORNOZ, 1994, p.13)

Dentro dessa temática, PIRES citado por Souza e Padilha (2002), compreende “os instrumentos de trabalho como importantes suportes para permitir ou facilitar determinada ação, que não seria possível sem meios materiais que funcionam como extensões do corpo e da mente humana”. (Souza e Padilha, 2002 apud PIRES, 1998, p. 24)

Muitos dos entrevistados avaliaram como possível solução de problemas dos serviços, a padronização das informações, através de instrumentos;

Teria que ter assim um mural [...] Até dois, um pro conselho local e outro pra nós, informes... Informes nossos mesmo, informes que vem da secretaria, coisas assim... Tipo de curso... De coisas técnicas, porque às vezes a gente não tem como passar tudo. Seria isso. Que isso é uma outra maneira de informar, não só verbal... (Copo de Leite)

Eu acho que tinha que ter... Acho que falta ter uma um lugar ou uma coisa pra consulta diária das coisas pra todo mundo que precisa . (Jasmim)

Juntamente com o planejamento em saúde, como estratégia para que a informação seja transmitida a todos e para uma melhor organização:

Eu acho que ali na frente deveria ter um cronograma, também as meninas estarem bem informadas. De tudo, de tudo que tem no posto (Rosa Rosa)

Planejamento a gente nunca consegue fazer um manual, mas assim uma agenda semestral de atividades, ou de presença já fechadas, com datas já determinadas, detalhes dos eventos, dos cursos, isso ajudaria. (Girassol)

Faria (1999 apud LEONTIEV, 1989 p. 125) nos diz que “a existência do objeto é independente e subordinado a si mesmo e transforma o trabalho do sujeito”. Nesse sentido Faria resgata a importância de que se estabeleçam normas para possibilitar a transmissão ao receptor.

Os funcionários consideram importante o uso tanto de instrumentais, como protocolos e manuais, para determinação de um padrão a seguir, o que para eles facilita para a realização adequada dos serviços:

[...] precisa é tu trabalhar de acordo com o protocolo, que existem os protocolos, só que tem unidades que trabalha, tem unidade que não trabalha. Essa é a verdade (e esse protocolo - ele é passado pros funcionários quando eles entram ou não?) Não, mas eles sabem, tem o da farmácia ali, já foi passado em reunião. (Copo de Leite)

Eu acho assim que esses funcionários, esses novos que estão vindo aqui, que tem muita gente nova, principalmente na unidade... Mas assim, na secretaria deveria ter uma cartilha, uma cartilha com informes, umas informações pertinentes, Até sobre os programas. Então isso fica ruim pra unidade, fica ruim pra gente, fica uma desorganização. (Copo de Leite)

Olha eu acho que tinha que ter isso escrito. Eu acho que tinha que ter rotinas. As rotinas deveriam ser escritas e estarem com acesso a todo mundo. Então tinha que ter uma pasta, por exemplo: rotinas do posto... Marcação de consultas especializadas, marcação disso... e aquela rotina. No que mudasse, mudava lá... Ah mudou agora consulta especializada agora a gente liga pra central e faz assim e faz assado então fazia isso seria isso e colocava lá. Então você teria

sempre uma rotina atualizada da coisa. Então você quer saber como é que faz... Ah como é que faz pra marcar, chegou aqui a marcação de glaucoma, como que é? [...] Que daí ninguém vai deixar o paciente esperando. (Jasmim)

Do mesmo modo, leopardi citado por Souza e Padilha, sinaliza “a necessidade de buscar instrumentos que permitam compreender e aprender o processo de trabalho como facilitador [...] através de conhecimento, de estratégia de trabalho e da operacionalização de técnicas”. (Souza e Padilha, 2002 apud LEOPARDI, 1999, p. 25)

Assim entendido, vale ainda ressaltar que através da “montagem de sistemas de informação em saúde” é possível “o enfrentamento” de quase todos, permitindo o planejamento ou a programação, de uma maneira eficiente, das medidas necessárias para o correto entendimento das “necessidades” e dos “modelos de atenção” em saúde. (MERHY, 1997, p. 118)

Para o autor acima referido, não há um modo a ser seguido para a instituição do trabalho adequado, mas há possibilidade de construir *dispositivos* para compreensão do processo de trabalho em saúde com a abertura de *linhas de fuga* e reveladores dos *interesses em disputa*. Estes dispositivos estão marcados pela *lógica instituinte* do trabalho, sendo esta lógica fundamental para a formação de *olhares analisadores ruidosos* sobre a maneira como se organizam as “práticas de saúde, suas tecnologias e direcionalidades, bem como seu modo de gestão”.

A capacitação dos funcionários aparece na discussão como uma possível solução, como também uma das dificuldades presentes, às vezes por sua carência, às vezes por não haver consciência de sua importância por parte de alguns:

Capacitação. Capacitação o que... No sentido de motivação dessas pessoas e capacitação mesmo no sentido mesmo de capacitação [...] De receber as pessoas, de como mesmo trabalhar o acolhimento. [...] Então precisa disso... Precisa de capacitação, precisa de motivação [...] Porque capacitação que eu digo em termos de informação sabe... Não só em termos técnicos não, assim... Da prática, mais informação, eu acho que teria ter isso. (Copo de Leite)

Ramos enfatiza que “uma tendência do trabalho atual é a de uma *insensível perda de si* ou *mal-estar fundamental do*, não mais por um sofrimento, mas por um *aborrecimento* no trabalho, na medida em que não encontra nele a motivação”. (RAMOS, 1999, p.108) Além da necessidade de haver mais capacitação, também há o destaque de alguns profissionais para a falta de motivação, o que é referido na falar a seguir:

Acredito eu que deveria ter mais capacitação, mas assim... Tem pessoas também que já não gostam, funcionários não gostam de capacitação, não gostam. Eles reclamam muito de mais capacitação, mas eles não gostam, eles não vão, eles já querem que termine logo, eles chegam tarde e saem cedo. É uma maneira de não ir trabalhar, de não ir na capacitação, então também tem o outro lado da coisa.
(Copo de Leite)

Citando SCHRAIBER, Faria ressalta igualmente que a “falta de motivação” e as “condições inadequadas do trabalho” são presumíveis de se advir “quando um sistema é pensado em partes, cada qual pensa em si e não no resultado do que deveria prevalecer numa assistência globalizada”. Segundo a autora ainda, “para o cumprimento da ação qualificada, ética e politicamente justa” é preciso que haja uma interdisciplinaridade e não somente uma “simples união de profissionais”. (FARIA, 1999, p. 122)

Ao refletir sobre esses entraves no fluxo das informações, como a falta de integração na equipe, a qual foi anteriormente abordada, muitos levantaram a necessidade e importância de haver mais participação de todos, como nas reuniões:

Se reunir assim mesmo, seria um meio de a gente ver assim a parte da recepção, ver o que a gente tem pra acrescentar, porque às vezes na reunião mensal não se fala tudo, e às vezes também não é o momento de falar também, tem coisas direcionadas ali, que a gente tem que resolver, tipo ate umas reuniões semanais. Sentar e vamos ver... Ah deu erro aqui... Não foi dito isso, não foi feito isso... Pra resolver, em termos centrais, seria isso. (Copo de Leite)

Outras sugestões trazidas pelos funcionários seria a realização de mais reuniões no posto, sendo que todos os funcionários do Programa de Saúde da Família deveriam participar da reunião da unidade:

Eu acho que hoje em dia pra coisa funcionar tinha que tudo chegar a essa equipe de saúde da família. Porque aí na reunião semanal da equipe de saúde de família todas as informações pertinentes iriam sair, mas para isso funcionar teria que ter no fluxo de informação uma velocidade razoável, o que às vezes não acontece. Se bem que eu acho que a reunião semanal da equipe de saúde da família é o local de mais correto pra ter a disseminação dessas informações, mas que a reunião geral do posto. (Jasmim)

Então pela importância do negócio a gente simplesmente não pode fazer via malote. Então o que se faz na hora que a gente fez uma pequena mudança se faz um seminário, convoca todo mundo para a secretaria, meio dia coloca todo mundo dentro de um auditório e explica, porque assim você tem menos chances de ter erro no sistema e ainda assim acontece. Mas assim a gente sabe que o sistema de informações da secretaria falha, então quando é uma coisa assim, muita coisa, você vai e faz tipo um seminário, uma reunião, se não... Não tem jeito. (Jasmim)

Sob esse aspecto, os profissionais destacam ainda a importância da realização de reuniões específicas para equipe de Programa de Saúde da Família, por ser um momento em que há participação dos profissionais permitindo discussão, reflexão e troca mútua:

Então assim... muita coisa é resolvida em nível de reunião, discute que grupo que vai ser feito... então tudo é muito discutido. [...] Aqui, por exemplo, só tem um ESF, mas eu acho que o posto devia ter, ia ter maior agilidade no fluxo e não tinha que ser filtrado antes tinha que chegar tudo até a reunião da ESF. (Jasmim)

Nesse sentido, Farias nos diz que “na saúde, o processo de organização do trabalho, em sua maior parte, é um trabalho coletivo, por sua natureza de complexidade, porque a saúde não está acima ou abaixo do homem, está nele mesmo e requer um marco de conhecimento que dê conta de tal complexidade.” (FARIA, 1999, p. 124)

Concorda-se com a autora ao destacar que o “caminho”, para cessar com as diferenças presentes nos modelos comunicacionais, é “do diálogo com todas as partes envolvidas em um processo efetivo: o contexto onde se insere, a qualificação profissional, as condições de trabalho, a liberdade, a ética, expressão máxima da cidadania” (FARIA, 1999, p. 130)

As propostas obtidas a partir das experiências vivenciadas dos profissionais, na tentativa de compreender melhor como podem ser efetuadas mudanças para uma melhor dinâmica do trabalho em saúde, serviram como base para a reflexão que se segue.

5. 6 Uma questão: a quem compete as mudanças?

Em uma reflexão sobre a informação e a gestão de um serviço de saúde, Merhy (1997) coloca que a gestão consistiria, segundo um esquema representativo elaborado por um dirigente de um centro de saúde, em “todo o conjunto de ações de governo que procurasse manter a organicidade funcional das partes com o todo, dentro de uma articulação funcional, e a informação seria uma ferramenta que mostraria ou mesmo denunciaria a execução ou não desta funcionalidade”. Ao resgatar o papel do **gerenciamento** nos serviços de saúde, o autor considera imprescindível a análise dos modos de operar as informações a partir da sua finalidade, pois:

...os dados que são utilizados mais cotidianamente servem para a construção de determinados tipos de serviços e de determinadas maneiras de geri-los, e não de outros; ou mesmo servem privadamente de modos distintos para intenções distintas e conflituosamente operantes no dia-a-dia. Por isso este processo em si é um grande ruído a ser percebido, pelos gestores do estabelecimento de saúde. (MERHY, 1997, p. 125)

O espaço da gestão do processo do trabalho é considerado nesta visão como um “lugar privilegiado de realização do trabalho vivo em ato, junto ao conjunto do processo de trabalho em si”. (MERHY, 1997, p. 125)

Durante a realização das entrevistas, ao serem questionados sobre a quem compete as mudanças necessárias para resolução dos entraves no fluxo de informações, percebidos por cada entrevistado, muitos levantaram em seus depoimentos a questão do gerenciamento como meio efetivo para realizar as melhorias necessárias:

[...] a comunicação é da parte de todos, independente do caso que esteja incluído, acho que passa por todos, se for um bom fluxo de informação [...] Tem também a parte das coordenações, de quem tá gerenciando o serviço. (Amarillis)

Eu acho que a gente também como funcionário deve estar atento a isso. Todos os níveis, nós também. Nós temos essa responsabilidade, mas ao mesmo tempo, também, eu acho que é uma questão de gerenciamento. (Girassol)

Na secretaria da saúde. Lá é que começa tudo. Lá é a ponta da tomada de decisões. Eles tomam as decisões lá e muitas vezes a gente não sabe aqui. Os postos cada um tem uma informação diferente, entendeu? Ai ligam e aí passam a informação um, querem jogar a bola pro outro e não é assim. (Íris)

Na verdade não depende da gente... Tudo depende de um sistema, o sistema é que demora a gente não tem como fazer nada. A regional e o coordenador do Posto, o coordenador do posto manda muito. O pessoal da regional é bem fraco. Não tem muita gente assim capacitada. O maior problema é lá na regional, a gente só faz o que eles mandam lá. Mas eles demoram tanto. (Orquídea)

Olha infelizmente da parte mais difícil, infelizmente no sistema de saúde que eu percebo assim, não dá pra ser do menor para o maior, tem que ser do maior para o menor. Começara mudar da regional, daí eu não sei como é que é? Da regional pro posto direto? (Rosa amarela)

Eu acho que a regional devia respeitar mais as nossas informações que são repassadas a eles, porque nossos funcionários estão estressados porque a demanda é demais, pelo menos respeitar, para pelo menos mandar uma pessoa para verificar isso. (Rosa amarela)

Merhy refere-se ao centro de saúde como sendo um lugar, onde trabalham distintas pessoas com objetivos nem sempre iguais, mas com determinadas “intencionalidades” em suas tarefas, revezando-se entre suas ações privativas e interações com os demais do grupo. Entre os trabalhos em ato há “relações micropolíticas institucionais” as quais mostram os modos concretos de “contratos”, como acordos realizados entre os “vários agentes institucionais”.

A reflexão dos profissionais sobre *o como se trabalha, o que este modo de trabalho está produzindo e para que se está trabalhando* oportuniza que eles se vejam “como gestores efetivos do processo de trabalho”. (MERHY, 1997, p. 130-131) Sendo assim, a gestão teria que ser vista como “uma propriedade de cada um dos agentes e de todos eles ao mesmo tempo”.

Eu acho que é um pouco de todo mundo, é uma responsabilidade dividida. Mas assim, talvez a maior efetividade pudesse ser [...] da coordenação. Que Não adianta a secretaria mudar, não adianta os níveis superiores mudarem porque isso compreende mais ao nível local. Então assim eu acho que a coisa mais efetiva assim é a importância da mudança a ser dirigida pelo coordenador local da unidade de saúde, porque se ele tiver motivado pra isso... Tudo que acontece na unidade tem muito haver com a motivação, com o interesse do coordenador. Eu acho que... Houve isso tem uma efetividade maior. Não que seja uma responsabilidade só dele, mas eu acho que o que depender do coordenador muda melhor, tem mais chances pra isso acontecer, porque ele age dos dois lados, ele age pra cá e pra lá. (Jasmim)

Além dos profissionais da unidade local de saúde onde foi realizada a pesquisa relataram que é uma “responsabilidade dividida” entre eles, com certas atribuições a parte da coordenação do nível local e do nível superior, muitas revelam uma conscientização mútua de que as mudanças competem na realidade a todos:

Vamos dizer... Não vamos empurrar tudo lá pra secretaria. A nós também. Todo mundo tem a sua parte nisso tudo. [...] Muito tem da parte deles, porque uma capacitação eles é que vão ter que promover. Uma capacitação até em termos de motivação, eles é que vão ter que promover uma capacitação em termos de um acolhimento mesmo. Então isso aí tem que ser no nível de secretaria, mas a gente pode aqui dar uma orientada, dar uma acolhida neles agora, a gente pode fazer isso. E tipo assim... Evitar esse rodízio vamos dizer assim, isso também não compete a gente, porque não somos nós que gerenciamos essa parte. Isso é no nível de secretaria até nível de regional. Tem que ver o que a gente pode fazer aqui. (Copo de Leite)

É um pouco de cada um, mas um pouco de acréscimo da questão da coordenação de exigir reuniões semanais, reuniões mensais não dá conta dos informes. (Lírio)

O médico ta faltando há duas semanas, nenhum dos outros postos queria atender nosso pacientes, todo mundo sabe que pacientes de hipertensão, tireóide, diabetes não podem ficar sem remédio. Se um outro médico de uma outra unidade não vai atender e o hospital manda pro posto e o posto X que tem plantão não libera o remédio, o que o paciente vai fazer, se ele não tem dinheiro. Então eu acho assim, eles se colocando no lugar do pobre, porque a gente que é

pobre..., só quem utiliza o SUS é que pode entender... Na minha opinião eles deviam utilizar o SUS pra poder entender. (Rosa Amarela)

As opiniões, expostas acima, por si só já revelam muito da realidade vivenciada pelos profissionais, não somente do trabalho em saúde em si, como também do lado “subjetivo” que envolve o serviço desses “agentes”. Constatando assim que “o trabalho transforma o homem subjetivamente e transforma a natureza objetivamente. Sai do plano apenas material para adentrar o espiritual do homem - o homem com crenças, valores, hábitos e culturas”. (FARIA, 1999, p. 122)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como referido anteriormente, a informação pode ser entendida como “uma ferramenta de análise dos sentidos das ações (de saúde) e de seu operar ruidoso, na busca da abertura de novas possibilidades de agir em saúde”, assim como uma eficiente e “estratégica” ferramenta para auxiliar nos “processos de intervenção institucional”. (MERHY, 1997, p. 121)

Cada vez mais têm se pensado no processo de agir em saúde e muitos estudiosos tem refletido sobre as necessidades desse sistema que de tão complexo faz com que as pequenas “falhas” tornem o serviço em saúde problemático. Mas se por um lado ele pode ser visto com certa improbabilidade por parte daqueles que o usufruem, o usuário final de saúde, ao mesmo tempo onde iremos buscar as respostas para os entraves existentes se não naqueles que são os próprios “agentes” do serviço em saúde?

Concorda-se com Merhy ao afirmar que “a mudança do modo de se produzir saúde no Brasil [...] é uma tarefa coletiva do conjunto de trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde”. (Merhy, 1997, p. 72)

De forma semelhante, é considerado fundamental que esses *atores* do cotidiano - do *fazer* saúde em sua “linha de frente” - ou seja, que os profissionais nas unidades locais de saúde se questionem sobre seu cotidiano ao refletir sobre suas problemáticas e produzam conhecimento a partir de sua vivência e experiência em serviço.

Ao tomar-se como exemplo o cotidiano de uma unidade local de saúde e as vivências de seus profissionais, considera-se que os elementos até aqui explicitados são fundamentais para que se constitua um serviço mais integrado e resolutivo para benefício não somente daqueles que o prestam como daqueles que lhe tem como direito – o usuário final dos serviços de saúde. Considerando que:

A participação dos indivíduos nos aspectos que o envolvem traz consigo dois elementos que fomentam a construção do sujeito. O primeiro deles é a ampliação dos espaços comunicacionais que a própria participação propicia, na medida em que os sujeitos envolvidos no atos que lhes dizem respeito, tanto aqueles que atendem, quanto aqueles que são atendidos, podem se apresentar possibilidades de escolha... (FARIA, 1999, p.148)

Evidenciou-se durante a realização da pesquisa, que as dificuldades de informação quanto ao agente – até os funcionários, entre os funcionários e para os usuários - ou os entraves no fluxo de informação quanto ao tipo – desconhecimento do fluxo de informações, existência de filtros nos trajetos da informação e o tipo de qualidade da informação, não são inteiramente os únicos responsáveis pelos entraves no fluxo de informação como um todo – até o usuário final do serviço de saúde. A falta de interação na equipe, a falta de compromisso por alguns profissionais e até a carência de momentos, oportunidades e capacidades para o estabelecimento de relações intersubjetivas dialógicas e significativas, do ponto de vista afetivo e humano, no cotidiano, são fatores que propiciam as “falhas” existentes no processo comunicacional como um todo.

Trata-se da importância de ver no outro a condição humana, repleta tanto de qualidades quanto de limitações. A “natureza essencial” do ser humano “está nas relações que estabelece”, sendo que esse tem “inúmeras possibilidades de interações”. (SOUZA e PADILHA, 2002, p. 12)

Verificou-se também, com o presente estudo, a conscientização dos profissionais de que as mudanças devem partir tanto das coordenações quanto da equipe de saúde como um todo. Isso pode ser comprovado, ainda seguindo as idéias de Trevisan (2007), que coloca “o agente” como o elemento do processo de trabalho e que este permeia as relações entre o objeto de intervenção, o instrumento e as atividades no processo de trabalho.

Entretanto, para que essas mudanças ocorram é necessário que elas aconteçam também o gerenciamento em seus vários níveis de atuação, uma vez que a precariedade na estabilização, na capacitação e valorização das equipes, passa a princípio também por uma capacitação gerencial. Segundo Claus (2005), deve ser considerado que embora se tenha a visão da administração como algo de fácil controle de uma lógica capaz de produzir ações padronizadas, a prática demonstra uma realidade imprevisível em alguns momentos e que por isso deve ser capaz de adaptar-se a novas situações.

[...] a visão ordenada do mundo organizacional, implícita na própria idéia de organização, induzia a pensar a realidade administrativa como racional controlável e passível de ser uniformizada. Essa visão tem se provado enganadora, pela constatação cada vez mais freqüente de que a organização é, significativamente, uma realidade caótica. A combinação dessas perspectivas sobre a função gerencial e a organização do trabalho produziu, ao longo dos anos, a idéia de que um dirigente podia ser eficaz simplesmente pela sua centralidade nos objetivos da organização e pela sua capacidade de comandar e coordenar um trabalho coletivo. (CLAUS, 2005, p. 26)

Dentro do aspecto de gerenciamento de recursos humanos, Peduzzi (2007), coloca conhecer o profissional *equivale a conhecer como é executado seu trabalho e o saber técnico que o fundamenta*. Também afirma a importância das boas relações interpessoais, independente das relações de hierarquia, para que se estimule a comunicação entre os profissionais.

Ao mesmo tempo, podemos afirmar que com a identificação dos aspectos que desfavorecem a comunicação, também se formulou as propostas e soluções para a implementação de mudanças de uma maneira que estas sejam de interesse dos próprios trabalhadores de saúde, uma vez que foram pensadas, identificadas e constituídas através da experiência de diversos profissionais que atuam no cotidiano de uma unidade local de saúde.

As propostas obtidas propiciaram a reflexão, na tentativa de compreender melhor como podem ser efetuadas mudanças para uma melhor dinâmica do trabalho em saúde, visando a eficácia comunicacional nos serviços, com o objetivo de propiciar melhora do atendimento em saúde.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Coelho, E.B.S.; Verdi, M. **Sistema Único de Saúde: um direito de todos e dever do estado**. In: Verdi, M; Boehs, A.E.; Zampieri, M.F.M. (Org.). *Enfermagem na atenção primária de saúde*. Florianópolis: UFSC, v. 01, p. 60-74, 2005.

Claus, S, M, **Competências para o gerenciamento de processos de trabalho na atenção básica: contribuições para a formação e atuação de profissionais da Campinas**, SP 2005. <http://www.libdigi.unicamp.br>, acessado em 19 de novembro de 2007, às 14 horas.

Faria, E.M. **Comunicação e Informação “Instrumentos para a Transformação da Prática dos Serviços de Saúde”**. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.4, n.1, p.47-59, jan./jun. 1995.

Faria, E.M. O dialogo entre as intersubjetividades na saúde. In: Leopardi, M.T. et al. **O processo de Trabalho em saúde: Organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-livros, p. 105-120, 1999.

Ferreira, A.B. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

Fracolli, L. A; Egry, E.Y. **Processo de Trabalho de Gerência: Instrumento Potente Para Operar Mudanças Nas Práticas de Saúde?** *Rev. Latino-Americana de Enfermagem* vol.9 n°5 Ribeirão Preto, set. 2001.

Franco, T.B.; Merhy, E.E. **Por uma Composição Técnica do trabalho em Saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais**. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, pp. 316- 323, set/dez. 2003.

Godim, S.M.G. **Grupos focais como técnica de investigação qualitativa: desafios metodológicos**. *Revista Paidéia. Cadernos de Psicologia e Educação*. v.12, n.24, p.149-161, 2002.

Lourenço, M. R; Shinyashiki. G T; Trevizan, M. A; **Gerenciamento e liderança: análise do conhecimento dos enfermeiros gerentes**. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 13, n° 4, Ribeirão Preto, jul./ago. 2005.

Melo, E.M. **Ação comunicativa, democracia e saúde**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (sup.): 167-178, set./dez. 2005.

Merhy, E.E. Procurando interrogar os modos de ação das tecnologias em saúde: Leve, leve duras e duras. In: **Praxis en salud un desafío para lo público**. *Textos en Español y Português*. Merhy, E.E. e Onocko, R. (Org.) São Paulo: Hucitec, 1997.

Merhy E.E. **O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde**. Texto produzido a partir do texto didático: o ato de cuidar como um dos nós críticos-chave dos serviços de saúde. Curso DMPS/FCM/Unicamp, 1999a.

Merhy, E.E. **O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais.** Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p.305-314, 1999b.

Merhy, E.E. **Saúde, a cartografia do trabalho vivo.** (Saúde em Debate; 145) São Paulo: Hucitec, 2002.

Merhy, E.E. **Perspectivas atuais do SUS e agir tecnológico do trabalhador como um ato ético - político.** XX Ciclo de Debates do Serviço Social HC-UNICAMP, 2003.

Moraes I.H.S. **Informação em saúde: Para Andarilhos e Argonautas de uma Tecnodemocracia Emancipadora.** Dissertação de doutorado não-publicada, Escola Nacional de Saúde Publica da Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1998.

Paulino, R.A.F. **Comunicação e o mundo do trabalho e subjetividade.** <http://www.reposcom.portcom.intercom.org.br/bitstream>, acessado em 17 de novembro, às 14 horas.

Peduzzi, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia.** Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, SP, 2007.

Pereira, L.L. **Vivenciando a comunicação como descoberta.** Trabalho de Conclusão de Curso, Escola de Enfermagem, São Paulo, 1999.

Peterlini, O.L.G., Zagonel, I.P.S. **O sistema de informação utilizado pelo enfermeiro no gerenciamento do processo de cuidar.** Texto & contexto Enfermagem, v.15 n.3 Florianópolis, ago. 2006.

Polit, D.F, Beck, C.T., Hungler B.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, avaliação e utilização.** Trad. Thorell, A. - 5ed. - Porto Alegre: Arned, 2004.

Pope, C., Mays, N. **Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde.** Trad. Fajardo, A.P. 2ed. - Porto Alegre: Artmed, 2005.

Prado, L.P., Gelbcke, F.L. **Fundamentos de Enfermagem.** - Florianópolis: Cidade Futura, Cap. 2, p. 31 a 45, 2002.

Ramos, F.R.S., Quem produz e a quem o trabalho produz. In: Leopardi, M.T. et al. **O processo de Trabalho em saúde: Organização e subjetividade.** Florianópolis: Papa-livros, p. 105-120, 1999.

Rocha, R.M. **O enfermeiro na equipe interdisciplinar do centro de atenção psicossocial e as possibilidades de cuidar.** Fonte: Texto & contexto Enfermagem, 14(3): 350-357, jun./set. 2005.

Saar, S, R, C. Trevizan, M, A. **Papéis Profissionais de Uma Equipe de Saúde: Visão de Seus Integrantes.** Rev. Latino-am Enfermagem, janeiro-fevereiro; p. 03, 2007.

Schinyashiki G.T., Trevisan, M.A., Mendes, I.A.C. **Sobre a comunicação como competência humana na liderança do enfermeiro.** Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, maio, 2002.

Schinyashiki, G.T., Trevisan, M.A., Mendes, I.A.C. **Sobre a criação e a gestão do conhecimento organizacional.** Ver Latino-am Enfermagem, jul./ago. 2003.

Schraiber, L.B. Et al. **Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas.** Ciência & Saúde Coletiva, 4 (2): 221-242, 1999.

Senge PM. **A quinta disciplina: arte, teoria e prática da organização de aprendizagem.** 13ª ed. São Paulo: Editora Best Seller, 1990.

Solla J.J.S.P. **Avanços e Limites da Descentralização no SUS e o “Pacto de Gestão”.** Revista Baiana de Saúde Pública, v.30 n.2, p. 332-348, jul./dez. 2006.

Souza, L.N.A., Padilha, M.I.C.S., **A comunicação e o processo de trabalho em enfermagem.** Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.1, n.1, p. 11-30, jan./abr. 2002.

Svaldi, J.S.D., Filho, W.D.L. **Poder e Gerenciamento na Enfermagem.** Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.9, n.3, p.22-41, ago./dez. 2000.

Teixeira, R.R. **Modelos comunicacionais e práticas de saúde.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, v1, n.1, 1997.

Teixeira, R.R. **Humanização e Atenção Primária à Saúde.** Ciência & Saúde Coletiva. 10 (3): 585-597, 2005a.

Teixeira, R.R. **O desempenho de um serviço de atenção primária à saúde na perspectiva da inteligência coletiva.** Interface - comunicação, saúde, educação. 9 (17): 219-34, 2005b.

Trevizan, M, A; Saar, S, R, C. **Papéis profissionais de uma equipe de saúde: visão de seus integrantes.** Rev. Latino-am. Enfermagem, janeiro-fevereiro, 2007.

Uchimura, K.Y., Bosi, M.L.M. **Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (6): 1561-1569, nov./dez. 2002.

Vaz et al., **Trabalhador em saúde: subjetividade e auto-organização.** Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, v.1, n.1, p.50-65, jan./abr. 2002.

Verdi, M., Boehs A.E., Zampier, M.F.M. **Enfermagem na atenção primaria em saúde: textos fundamentais.** 1 ed. Florianópolis: UFSC, 2005.

Zanelli, J.C., **Pesquisa qualitativa em estudo da gestão de pessoas.** Estudos de Psicologia. nº7, p. 79-88, 2002.

http://www.saude.am.gov.br/docs/cartilha_Integra.pdf, acessado em 28 de agosto de 2007, às 20 horas.

APÊNDICES

APÊNDICE 1: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM SERES HUMANOS -CEP
PARECER CONSUBSTANCIADO - PROJETO Nº 236/07

I – Identificação:

Título do Projeto: Entraves do fluxo de informações e seus impactos para a organização do trabalho em Unidade de Saúde Local

Pesquisador Responsável: Prof. Dra. Flávia Regina Souza Ramos

Pesquisador Principal: Ana Carolina Ferreira e Glaci Vieira Cascaes Frederico

Data Coleta dados: 15/09/2007 a 11/2007

Local onde a pesquisa será conduzida: Unidade Local de Saúde da Colônia

Data de apresentação ao CEP: 06/08/2007

II - Objetivos:

Geral:

Identificar as dificuldades e entraves existentes no fluxo de informações entre Secretaria Municipal de Saúde e Unidade Local (ULS) de Saúde da Colônia, bem como os impactos destes para a organização do trabalho destas unidades.

Específicos:

Descrever o processo de comunicação (fluxo de informação) na rede de serviços da Secretaria Municipal de Saúde, a partir do contexto de uma ULS.

Identificar estratégias que possibilitem maior eficácia no fluxo de informações na rede Básica de saúde.

III - Sumário do Projeto

O delineamento do estudo o caracteriza como pesquisa exploratória-descritiva, de abordagem qualitativa, onde os sujeitos da pesquisa serão os funcionários da Unidade Local de Saúde da Colônia. Objetiva compreender o fluxo de informações dentro da mesma, por meio da formação de grupos locais, observação com relativa participação e entrevistas individuais, visando buscar estratégias que identifiquem as dificuldades de comunicação e estratégias para sua solução.

IV - Comentário

O projeto foi apresentado de maneira satisfatória, abrangendo todos requisitos éticos necessários e apresentando toda a documentação necessária.

V – Parecer CEP:

(X) aprovado

Informamos que o parecer dos relatores foi aprovado por unanimidade ou maioria, em reunião deste Comitê na data de 27/08/2007

Prof. Washington Portela de Souza
Coordenador em Exercício da Comissão
de Ética Pesquisa - PRP/UFSC.

APÊNDICE 2: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO DO SUJEITO DA PESQUISA - FUNCIONÁRIO



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787 - e-mail: nr@nr.usfc.br



Termo de Consentimento Livre Esclarecido do Sujeito da Pesquisa - Funcionário

Eu,.....concordo em participar da pesquisa **Entraves do fluxo de informações e seus impactos para a organização do trabalho em Unidade Local de Saúde**, desenvolvida pelas acadêmicas Ana Carolina Ferreira e Glaci Vieira Cascaes Frederico, estudantes do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob a supervisão da professora doutora Flávia Regina Souza Ramos.

Estou ciente de que o objetivo deste estudo é Identificar as dificuldades e entraves existentes no fluxo de informações entre Secretaria Municipal de Saúde e ULS Coloninha, bem como os impactos para a organização do trabalho nestas unidades, através da realização de uma pesquisa de abordagem qualitativa, onde serão utilizados como instrumentos e procedimentos metodológicos a formação de grupos focais, entrevistas individuais semi-estruturadas e observação do cotidiano da unidade.

Tenho conhecimento do compromisso das pesquisadoras em manter minha imagem/identidade em absoluto sigilo e o respeito a valores individuais ou institucionais manifestos; assim como terei amplo acesso a qualquer informação acerca do estudo. Não haverá nenhum gasto ou ônus para os sujeitos participantes desta pesquisa.

Concordo em participar dos grupos focais e entrevistas de forma livre e espontânea, podendo desistir da participação ou de retirar meu consentimento a qualquer momento. Concordo quanto ao uso de gravador para registro destes dados. Autorizo as autoras a utilizarem os resultados desta pesquisa para divulgação em trabalhos no meio acadêmico e em publicações científicas.

Florianópolis, ____/____/____.

Assinatura do participante da pesquisa

Assinatura da pesquisadora principal

Pesquisador responsável:

Em caso de necessidade, contate com: Prof. Dra. **Flávia Regina Souza Ramos**. Endereço: Travessa Ângela Chaves, 81 - Lagoa da Conceição - Florianópolis - SC - Cep: 88.062-350.
Telefone (resid.): (48) 3211.8908. Telefone (UFSC): (48) 3721.9480. E-mail: flareginar@terra.com.br
Ou com as pesquisadoras: **Glaci V. Cascais Frederico** (9122.3977) e **Ana Carolina Ferreira** (8802.8990).

APÊNDICE 3: ROTEIRO DE PERGUNTAS (ULS)

1. Como você descreve o fluxo de informações oriundas da SMS a ULS Coloninha?
2. Que tipo de informação chega até você (da SMS, Policlínica, regional, etc.) pode dar exemplos)
3. Como você considera a qualidade desta informação (compreensiva, integral, clara e efetiva)
4. Qual importância do fluxo/disseminação das informações para a dinâmica do trabalho na unidade? (entre os funcionários)
5. No seu entendimento, onde esse fluxo de informações encontra dificuldades ou problemas para que cheguem de forma adequada aos funcionários?
6. Como problemas do fluxo de informações (como atraso ou a falta de determinadas informações) interferem na dinâmica do seu trabalho e demais funcionários?
7. O que dificulta a transmissão das informações entre os funcionários e usuários?
8. O que seria necessário mudar para que os mesmos não acontecessem?
9. Em sua opinião, a quem compete uma modificação para melhorias desse fluxo?

APÊNDICE 4: GRUPO FOCAL - INSTRUÇÕES PARA A REALIZAÇÃO DA PRIMEIRA DINÂMICA: “O DESENHO DE UMA CORUJA”:

1. Desenhe dois losangos, um ao lado do outro, deixando um pequeno espaço entre eles...
2. Agora faça um semicírculo unindo a parte superior dos dois losangos e um outro semicírculo unindo a parte inferior dos losangos...
3. Faça dois pontos, abaixo do semicírculo inferior, um ao lado do outro...
4. Em seguida, faça três pequenas retas em cada ponto...
5. Após isso, desenhe um triângulo pequeno, entre os losangos, com a sua base voltada para cima, unindo os dois vértices superiores do triângulo com os vértices laterais de cada losango.
6. Faça dois pequenos círculos, próximo ao triângulo, um em cada losango e os pinte com a caneta.

**APÊNDICE 5: QUADROS USADOS PARA A VALIDAÇÃO DAS
ENTREVISTAS NO GRUPO FOCAL**

<p align="center">1. DIFICULDADES NO FLUXO DE INFORMAÇÕES</p> <p align="center"><u>QUANTO AO AGENTE</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Até os funcionários ▪ Entre os funcionários ▪ Para os usuários
<p align="center">2. ENTRAVES NO FLUXO DE INFORMAÇÃO</p> <p align="center"><u>QUANTO AO TIPO</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desconhecimento parcial do fluxo de informações ➤ Filtros e trajetos indiretos ➤ Qualidade da informação: ➤ Informações não compreensivas ➤ Informações incompletas e ausentes ➤ Informações inconsistentes, inconstantes ou incongruentes ➤ Informações atrasadas e sem tempo hábil.
<p align="center">3. INTERFERÊNCIAS E CONSEQÜÊNCIAS PARA O SERVIÇO.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Atraso do trabalho/ falta de tempo para executar o novo trabalho ➤ Exige uma nova adaptação que requer tempo ➤ Falta de funcionários ➤ Funcionários sobrecarregados ➤ Troca de funcionários ➤ Falta de treinamento e falta de informações ➤ Falta de interação da equipe multidisciplinar ➤ Insuficiência de reuniões da ULS ➤ Insuficiência de participação nas reuniões da ULS

4. FATORES QUE INTERFEREM NA COMUNICAÇÃO	<ul style="list-style-type: none">➤ Hierarquia➤ Falta de compromisso com o trabalho/ interesse/ capacitação➤ Falta de respeito (funcionários e/ou usuários) Lentidão para soluções e respostas aos problemas:➤ Falta de planejamento
5. A NECESSIDADE DE HAVER MUDANÇAS <u>PROPOSTAS E/OU SOLUÇÕES</u>	<ul style="list-style-type: none">➤ Mais funcionários➤ Treinamento, Capacitação e motivação➤ Mais reuniões (ULS e ESF)➤ Toda a equipe ESF participar da reunião da ULS➤ Padronização das informações/ planejamento➤ Realizar o acolhimento